

LowThreshold

Journal

2024, Vol. 12, Num. 1-2

SUBSTÀNCIES NO PRESCRITES

FORUM DE LES PERSONES,
IDEES I INSTITUCIONS



ISSN 2564-8128



9 772564 812009

LowThreshold
Journal

CSB Consorci Sanitari
de Barcelona
 Agència
de Salut Pública

Subdirecció General de Drogodependències
 Generalitat
de Catalunya Salut Agència de
Salut Pública de Catalunya

Σx Æquo

COORDINACIÓN

M^a José Sánchez

DIRECTOR

Jordi Delás

JEFA DE REDACCIÓN / EDITOR IN CHIEF

M^a Eugenia de Andrés

CONSEJO DE REDACCIÓN / EDITORIAL BOARD

Margarita Aguas

Miguel de Andrés

Jordi Delás

Nadia El Hilali

Gemma Martín

Tarcisio Matos de Andrade (Salvador de Bahía)

César Morcillo

María José Sánchez

Martín Vázquez Acuña (Buenos Aires)

DISEÑO / DESIGN

Sònia Poch

MAQUETACIÓN / LAYOUT

Sònia Poch

CORRECTION IN ENGLISH

Steve Cedar

EDICIÓN / EDITION

Ex AEquo

lowthreshold@lowthresholdjournal.org

www.lowthresholdjournal.org

LLICÈNCIA D'ÚS

Low Threshold Journal està subjecte a una
licència Reconeixement-CompartirIgual 4.0
Internacional de Creative Commons

ISSN 2564-8128



Lorena Andreo, Ricardo Fuertes, Rosa Kistmacher, Jessica Camí, Dito Eningo, Elena Adán, Montse Grifols representen als ponents, moderadors i col·laboradors del Fòrum de les persones, idees i institucions, maig 2022.

Agraïment a totes aquestes persones que hi ha participat i de manera molt especial a Laia Gasulla i Teresa Gisbert que des del primer moment varen encoratjar el projecte.

Sumario

Els dies 18, 19 i 20 de maig de 2022 va tenir lloc a la Residència d'Investigadors de Barcelona *L'abordatge de les substàncies no prescrites. Avui i Demà, Fòrum d'Idees, persones i entitats*. Es varen presentar 61 ponències recollides en aquestes pàgines.

Aquests textos responen a la voluntat de compartir experiències i propòsits, perquè uns i altres, la societat en general donem una millor i renovada resposta a les necessitats socials i sanitàries de persones massa sovint tractades de forma subòptima.

Moltes de les imatges que acompanyen als textos estan realitzades per artistes d'Alterarte no professionals. La seva expressió creativa desafia les normes establertes i ofereix una visió fresca i innovadora, amb discursos apagats i alternatius no escoltats, a l'alçada d'artistes que han marcat la història.

Jordi Parramón	6
Gràcies	7
Introducció.....	8

CONFERÈNCIES INAUGURALS

LTJ1 Abordatge de les substàncies no prescrites Avui i demà: Fòrum d'idees, persones i entitats. <i>Joan Colom i Farran</i>	35
LTJ2 Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24. <i>Montse Bartroli, Joan Colom</i>	37

1. HABITATGE

LTJ3 "Housing First/Primer la Llar-Programa Municipal d'atenció al Sensellarisme". <i>Carme Fortea</i>	40
LTJ4 Albergs amb espais de consum de substàncies no prescrites. <i>Ester Aranda, Catrina Clotas</i>	44
LTJ5 L'experiència de la llar Pere Barnés: una aposta per la reducció de danys amb una mirada diferent per a cada persona. <i>Laia Vila</i>	47
LTJ6 Rubí: Cases Ocupes i comunitat. <i>Pol Vidal Pujol, Pep Pitart</i>	49
LTJ7 Alternatives arquitectòniques. <i>Miquel Corominas Ayala</i>	52

2. MALALTIA

2.1. Malaltia. Trastorns de la salut mental

LTJ8 ESMES. Equip d'atenció en Salut Mental a les persones en situació de sense llar a Barcelona. <i>Maria Jesús González, Mercè Borràs</i>	55
LTJ9 CECAS, una porta per sortir de la droga. <i>Ferran Solé, Gemma Suelves, Eulàlia Balaguer</i>	59
LTJ10 Hospital de dia de salut mental i addiccions de baixa exigència. <i>Anna Romaguera</i>	65
LTJ11 Programa de patologia dual en els serveis de recuperació de salut mental i addiccions. <i>Judith Martínez, Laia Molist</i>	71
LTJ12 Unitats de Patologia Dual del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar. <i>Rosa Blanca, Sauras Quetcuti</i>	75
LTJ12B ALBA. Unitat de crisi d'atenció específica a les drogodependències. <i>Laura Trujillo Ruiz</i>	77
LTJ13 A Primera Línia. Acompanyament educatiu del consum de drogues amb joves d'alt risc d'exclusió social. <i>Mireia Ambrós, Teresa de Gispert</i>	79
LTJ14 Joves en situació vulnerable. <i>Lola Aparicio</i>	81
LTJ15 Programes guia. <i>Magda Casamitjana, Jordi Quílez</i>	83
LTJ16 Programa de joves adolescents del CAS de Tarragona. <i>Carme Casas Monté, Noemí Vivas Rubio, Blanca Carcolé Batet</i>	89
LTJ17 Let's chat (programa de gestió de riscos i plaers per a joves). <i>Sandra Ribas</i>	94
LTJ18 Joves al carrer. <i>Ona Gázquez</i>	96

2.2. Malaltia. Infeccions vinculades a la forma de consum

LTJ19 L'hepatitis C en persones consumidores de drogues: un problema de salut a eliminar. <i>Xavier Major Roca</i>	98
LTJ20 Barreras de acceso y seguimiento para el tratamiento de la Hepatitis C en personas usuarias de drogas inyectables en el medio comunitario. <i>Elena Yela González, Rafael Clua García</i>	100

2.3. Malaltia. Afeccions vinculables a la forma de vida

LTJ21 Tele dermatologia. Una oportunitat, una realitat. <i>Dr. Jesús González Rupérez</i>	103
LTJ22 Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica. <i>Rebeca Alfranca, Fran Calvo, Carles Fàbregas</i>	105
LTJ23 Treball en xarxa. <i>Sonia Cebrián, Carme Hernández</i>	108
LTJ24 Salut Sense Sostre. <i>Carme Roca</i>	110

2.4. Malaltia. Qui es fa càrrec de la salut de les persones al carrer, dels consumidors de substàncies no prescrites?

LTJ25 Accions sanitàries REDAN. <i>Daniel Roca</i>	112
---	-----

3. CONSUM DE SUBSTÀNCIES

3.1 Consum de substàncies no prescrites

LTJ26 Talleres para prevenir muertes por reacción aguda en consumidores de heroína y/o cocaína intravenosa. El concepto de sobredosis múltiples. <i>Igor Bacovich</i>	115
LTJ27 Cocaína. Productos, usos y terminología. Perspectiva desde la atención a personas que la consumen de forma inhalada. <i>Nico Piñeiro, Helena Molina</i>	122
LTJ28 Reacciones agudas al consumo de cocaína inyectada. <i>Lorena Andreo</i>	128
LTJ29 Evolució i noves tendències d'ús de substàncies detectades des dels espais de consum supervisat de CAS Ba-luard. Barcelona. <i>Anna Lago, Marc Moya, Albert Climent, Jordi Rodriguez, Chaterine Cedeño, Noelia Girona, Diego Aranega, Josep Rovira, Ester Aranda</i>	131
LTJ30 Reacciones agudas al consumo de sustancias no prescritas, diferentes a heroína y cocaína. Metanfetamina y otras. <i>Sofia Moreira Lino, Nacho Rosselló García, Margarita Aguas</i>	134
LTJ31 ISOLA-B. Estratègies d'apropament a persones que usen substàncies psicoactives. Anàlisi, reflexió i acció. <i>Antoni Llor, Joan H Besora, Tre Borràs</i>	140

3.2 Consum de substàncies prescrites

LTJ32 Metadona inyectada. <i>Ma Himalaya Vallejo Cañete</i>	146
LTJ33 Origen del programa d'heroína a Ginebra. <i>Miguel del Río</i>	149
LTJ34 La normalització de l'heterodòxia. <i>Paco Giner</i>	152
LTJ35 La heroína, un medicamento que ha ayudado a mejorar la salud de la ciudad de Granada. <i>Dr. Joan Carles March</i>	155

4. ESPAIS DE CONSUM

LTJ36 Intervenció comunitària en casos d'alta complexitat a Ciutat Vella. Barcelona. <i>Noelia Girona, Sonia González, Gemma Balaguer, Daniel Roca, Aingeru Rincón, Marina García, Anna Lago, Diego Aranega, Josep Rovira, Amaia Garrido</i>	159
LTJ37 Importància del Calor i Cafè en el treball en persones usuàries de drogues. <i>Rubén David Borrás Torres</i> ..	162
LTJ38 La Mina. Centre d'atenció a persones que fan ús de drogues. <i>Noemí González</i>	164
LTJ39 Sala de consumo supervisado CAS Forum Sant Martí. <i>Sandra Agüelo</i>	166
LTJ40 Arrels Lleida. <i>Anna de Castro</i>	168
LTJ41 Bus de metadona. <i>Erick González</i>	171

LTJ42 “Narcopisos”: A propósito de los pisos de venta y consumo de drogas. <i>Rafael Clua García, Guillaume Dumont</i>	174
LTJ43 Consumo de drogas en la calle. <i>Dani Pajuelo, Silvia Marqués</i>	176

5. ACCIONS COMUNITÀRIES

LTJ44 Sport Live. <i>Eduardo Torras Híjar</i>	179
LTJ45 Les biblioteques públiques som un actiu de salut, ho sap tothom? <i>Montserrat Espuga</i>	181
LTJ46 ALTERARTE. <i>Blanca Gimeno</i>	185
LTJ47 Centre Ocupacional SERVIM. <i>Pep Pitart</i>	188
LTJ48 Grup focal amb persones en consum actiu de la comunitat georgiana. <i>Mercè Fullà, Sandra Comas, Jordi Fornell, Neus Llop, Ariana Gelón, Elm Perna</i>	191
LTJ49 Programa para la mediación de conflictos en consumidores activos. <i>Nico Piñeiro, Use Expósito Capilla, Claudia Pérez Rosales</i>	194
LTJ50 Estudi exploratori dels determinants de les conductes violentes en un servei de reducció de danys de Ciutat Vella i en el seu entorn comunitari. <i>María Gabriela Barbaglia</i>	195
LTJ51 CATNPUD. <i>Jordi Parramón, Quim Gómez</i>	197
LTJ52 Impacte de la pandèmia de covid-19 als serveis de reducció de danys: percepcions d'usuaris i professionals. <i>M. Bosch Aris, L. Gasulla i Suriol, T. de Gispert Arnó, L. Segura García i J. Colom i Farran</i>	198

6. ESPAIS SEGURS PER A DONES I PERSONES DE GÈNERE NO BINARI

LTJ53 Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, encarem el trauma. <i>Aura Roig Forteza</i>	203
LTJ54 DonARSU_TOT. <i>Sara Ferrando, Antoni Llorc, Tre Borràs</i>	207
LTJ55 Experiencias de las mujeres consumidoras de drogas en tratamiento ambulatorio en un CAS (Calella). <i>Noemí Águila Morales</i>	210
LTJ56 The Green Witch Project: Cànnabis com a estratègia terapèutica i de reducció de danys i riscos en el consum d'altres substàncies amb veu de dona. <i>Tre Borràs, Antoni Llorc, S Ferrando, Ch Sion</i>	212

7. PROGRAMES EN INSTITUCIONS PENITENCIÀRIES

LTJ57 Usos del cànnabis a presó des de l'acció comunitària. <i>Raúl Jiménez Vinaja</i>	215
LTJ58 Distribución de papel de aluminio para el consumo de drogas por vía pulmonar desde CAS Brians 1. <i>Rafael Clua García</i>	216
LTJ59 Experiències del Grup Multifamiliar als usuaris del CAS Brians: un espai comunicacional alternatiu. <i>Oriol Torrents Guitart</i>	218

8. BERLÍN - LISBOA

LTJ60 Consumo de sustancias no legales. La situación en Berlín. Un análisis tanto subjetivo como profesional. <i>Rosa Kistmacher</i>	221
LTJ61 20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido. <i>Adriana Curado, Elsa Belo, Ricardo Fuertes</i>	224



Quan s'anaven acabant d'editar aquestes pàgines va morir Jordi Parramón.

En aquest punt el reconeixement de tres grans batalles seves. La que lliurem cadascú amb les nostres circumstàncies. La lluita contra l'estigma i la darrera que va impulsar per la incorporació de la heroïna a l'arsenal del tractaments de les dependències.

30 anys després del programa d'heroïna assistida de Suïssa, 20 anys de l'assaig clínic PEPSA de Granada, encara no poden rebre aquest tractament les persones de l'estat espanyol que no visquin a la província de Granada.

Metges, pacients, altres professionals de les ciències sanitàries i socials, administracions, polítics en tenim responsabilitat per no haver posat tots els mitjans per aconseguir-ho.

El Jordi va liderar un intent que va superar moltes dificultats i ens va mostrar que el tractament és possible, que es pot adquirir la substància, apropar-la fins a la persona per a la seva administració tutelada. Estàvem molt a prop, però como molt bé s'ha dit, varem arribar massa tard. Mesos, anys.

Han participar en aquest projecte i per a tal cal encoratjar-los perquè acabi sent una realitat, Joan Colom, Xavier Major, Laia Gasulla, Teresa de Gispert, Elena Adán i Asier Narbete de *la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, Infeccions de Transmissió Sexual i Hepatitis Víriques*, Macarena Rodríguez i Milena Peraita Ezcurra de *l'Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios*, Meritxell Salazar del *Hospital Virgen de las Nieves de Granada*, Joan Carles March *investigador principal del Programa Experimental de Prescripción de estupefacientes de Andalucía (PEPSA)*, Raúl Muñoz, Juan González, Leticia Galofré Nori Sánchez Dorrego i Jordi Delás de *l'Hospital Universitari Sagrat Cor*, Aura Roig de *Metzineres*, Josep Rovira del *Grup ABD*, Tre Borrás de *l'Hospital de Reus*, Rafa Clúa de *la Facultat de Ciències de la Salut de Manresa*, José Antonio de la Puente de *Alcaliber*.

Gràcies

Quan varem demanar a grups que atenen a persones consumidores de substàncies no prescrites que expliquessin el que estaven fent per compartir-ho en el **Fòrum d'idees, persones i entitats** els dies 18, 19 i 20 de maig 2022 a la Residència d'investigadors del carrer Hospital de Barcelona de cap manera esperàvem la gran resposta rebuda.

Gràcies, doncs, per aquestes ponències que aporten iniciatives i elements de reflexió susceptibles de ser aplicats d'uns a altres centres.

Molt especialment agrair a la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i Hepatitis Víriques de l'Agència de Salut Pública de Catalunya i al Servei de Prevenció i Atenció a les Drogodependències de l'Agència de Salut Pública de Barcelona la col·laboració, iniciatives, facilitats, entusiasme dels seus membres, per a la realització del Fòrum i el consegüent intercanvi de les idees.

També a les persones properes que buscant textos i contactes, moderant taules, cuidant de la infraestructura, coordinació, disseny han fet possible el Fòrum i el seu llegat. Dirigit especialment als joves professionals que no varen conèixer l'inici d'aquestes aventures i als que cal demanar que siguin crítics, qüestionin el que hi ha i el que està per venir.

Confiem que els textos siguin útils. Disculpeu les errades i restem oberts a noves apostes, idees, iniciatives, revisions i correccions. Contacteu sense cap recança

Jordi Delás

jdela@ub.edu

Hospital Universitari Sagrat Cor

En nom de l'equip organitzador del *Fòrum d'idees, persones i entitats*

Low Threshold Journal

<http://lowthresholdjournal.org/>

<https://annalsdelsagratcor.org/LTHJ.html>

Ex AEquo

Introducció

Las más de 60 ponencias del *Forum de les persones, idees i institucions*, (Barcelona 18-20 de mayo de 2022) ofrecen, en buena medida, el estado del Modelo Barcelona, Catalunya de atención a sustancias no prescritas, entre el camino recorrido y los retos futuros.

Ponen de relieve situaciones no conocidas y personas invisibles que no aparecen en estadísticas, padrones municipales, dotación de recursos, planes de trabajo.

En palabras del Dr. Colom [LTJ1](#) “es un buen marco para intercambios de ideas y dar a conocer trabajos, experiencias y proyectos que se están llevando a cabo en la atención a las personas que consumen drogas en los diferentes ámbitos de salud, social y comunitario y especialmente dirigidos a hacer frente a situaciones de vulnerabilidad relacionados.”

En la convocatoria, pedíamos referencias especialmente a hoy y mañana y la autoría ha hecho el esfuerzo de abstraerse de las experiencias pasadas para mirar hacia adelante.

La Agencia de Salud Pública de Barcelona tiene a su cargo –entre otros cometidos– la atención a personas consumidoras de sustancias no prescritas en Barcelona¹, en el capítulo de la salud mental y adicciones² y más concretamente a través del Plan de Salud Mental de Barcelona³ y el Plan de Acción sobre drogas y adicciones⁴, muchos de cuyas redactoras han escrito para este Forum.

La Dra. Montse Bartroli ([LTJ2](#)) comenta el primer Plan de Drogas de Barcelona aprobado en 1987, al que se han sucedido tantos otros con la vocación de conseguir una ciudad más saludable y con menos desigualdades.

El deterioro de los determinantes sociales y económicos incide en la salud de la población. Joan Colom ([LTJ1](#)) hace referencia a que el 45% de las personas que se inyectan drogas no tiene domicilio fijo y determina-

dos estudios muestran que el 90% de las personas en exclusión social tienen algún trastorno mental o adicción.

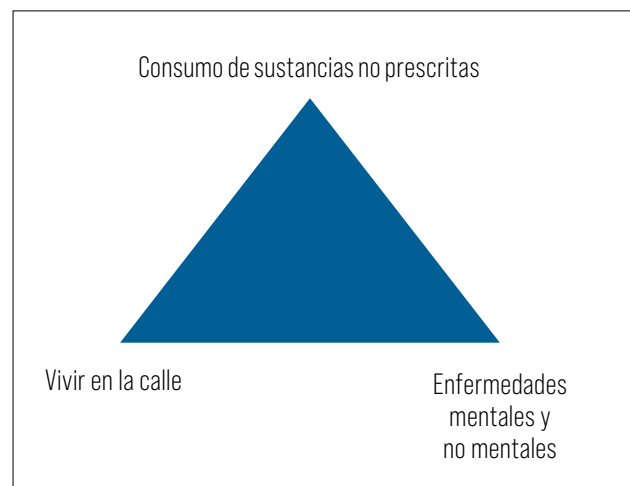
CONDICIÓN TRIAL

Se plantea por tanto una de las actuales características de la atención a personas en situación socialmente deprimida, la condición trial, encrucijada entre consumo de drogas, pobreza y enfermedad (mental y no mental). Es difícil determinar qué es origen y qué es causa o si se da una aparición simultánea o escalonada.

Tabla 1. Condición trial

- Imposibilidad de acceso a la vivienda como expresión más dura de la pobreza
- Enfermedad mental y no mental
- Consumo de sustancias no prescritas

Figura 1. Condición trial



Vivienda

Inicia el abordaje de la condición trial, el análisis pormenorizado de la falta de domicilio (Tabla 2). Su priorización -programa Housing First, en Barcelona desde 2015- la trata Carme Fortea ([LTJ3](#)) directora dels Ser-

1 Sanidad y salud. <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatissalut/es/canal/agencia-de-salut-publica-de-barcelona>. Consultado 10-8-24
2 Salut mental i addiccions. <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatissalut/es/canal/salut-mental-i-addiccions>
3 Pla de salut mental. <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatissalut/es/canal/pla-de-salut-mental>
4 Pla d'acció sobre drogues i addiccions. <https://ajuntament.barcelona.cat/sanitatissalut/es/canal/pla-daccio-sobre-drogues-i-addiccions>

veis d'Atenció al Sensellarisme de Barcelona, Institut Municipal de Serveis Socials. Desgrana la diversidad de situaciones con la característica común del consumo de sustancias no prescritas, en consonancia con el testimonio de las personas afectadas de que es muy difícil dormir en la calle sin consumir alguna sustancia.

Han existido intentos de crear centros integrales para consumidores de sustancias no prescritas en los sin exigir la abstinencia. Ernesto Sierra y Olga Díaz plantearon estos proyectos, algunos incluso llegaron a estar muy avanzados, pero no llegaron a ponerse en práctica por muy diferentes motivos (entre otros, la presión vecinal).

De forma asociada o no, coincidiendo con la pandemia por Covid 19, en 2020vse puso en marcha en Barcelona un albergue que se permite el consumo. Catrina Clotas y Ester Aranda (LTJ4) describen las características y posibilidades de este indispensable centro, pero, que, como único dispositivo -no solo en Barcelona sino en todo el estado-, es insuficiente para las necesidades existentes.

Son necesarios más albergues para consumidores activos, pero también que no se excluya de ningún recurso a consumidores solo por el hecho de serlo.

Tabla 2. Recursos para el acceso a la vivienda

Housing First (LTJ3)

Albergues con espacio para el consumo de sustancias no prescritas
Catrina Clotas y Ester Aranda y (LTJ4) Albergs amb espais de consum de substàncies no prescrites.

Recursos residenciales que aceptan el consumo. Laia Vila. L'experiència de la Llar Pere Barnés: una aposta per a la reducció de danys amb una mirada diferent per a cada persona (LTJ5)

Recursos residenciales que no permiten el consumo de drogas

- Albergues municipales
- Albergues de entidades privadas

Pensiones, alquiler de habitaciones

Casas ocupadas. Pol Vidal y Pep Pitart. Casas ocupadas y comunidad (LTJ6)

Otras posibilidades. Miquel Corominas. Alternativas arquitectónicas (LT7)

La Llar Pere Barnés, perteneciente a la Fundació Arrels, alberga desde 2007, personas con larga trayectoria de consumo de alcohol y que, en alto porcentaje, no se plantean cesar en su consumo. Su directora, Laia Villa (LTJ5) describe cómo se hace posible una mirada diferente para cada persona.

Las casas ocupadas constituyen un elemento más del mercado ilícito frente al entorno legal. El mercado de las drogas florece por la imposibilidad del acceso legal a las sustancias. Las ocupaciones, el alquiler de pisos ocupados deriva de la falta de viviendas.

Hay que posicionarse con decisión para vencer en el desigual combate entre el mercado ilícito y la sociedad.

Existe diferente casuística de casas ocupadas. En ocasiones se trata de dotar un espacio social para el barrio. Otras veces, es una alternativa a vivir en la calle. Las normas son también diversas. En algunas ocupaciones se permite el consumo de drogas, en otras, no. Pisos ocupados se han convertido en pisos de venta de drogas.

La ocupación ilegal de casas obliga a prestar atención tanto a las personas que viven en ellas, como a las transacciones que se producen. Pol Vidal y Pep Pitart, Casas ocupadas y comunidad (LTJ6), relatan la experiencia de Rubí, atendiendo las necesidades de los usuarios y las expectativas de la comunidad.

En el caso que comunican, existía consumo en la casa ocupada y se interaccionaba negativamente con el barrio, con presencia de jeringas y material de consumo en zonas públicas. La acción de los servicios de atención a consumidores consiguió que los habitantes de la casa ocupada pasaran a ser mejores vecinos.

El vecindario es muy sensible a la presencia de jeringas y los programas de recogida son habitualmente bien aceptados. La mayoría de servicios contemplan o contribuyen a esta recogida. Pero, como dicen los autores, hay más posibilidades de trabajo, -no solo la recogida de jeringas-, con los habitantes de las casas ocupadas.

Arquitecto y profesor de la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona, el catedrático de urbanismo Miquel Corominas (LTJ7) plantea siete alternativas a la falta de vivienda a analizar detenidamente, mostrando la importancia de incorporar, el punto de vista de los técnicos que nos puedan rescatar cuando la sensación es que nada más puede hacerse.

Efectos del turismo sobre las personas con menos recursos

Hacia 2019, era factible acceder en un hostel a una cama en habitación compartida por alrededor de 10€. En la actualidad el precio se ha multiplicado por 5 como efecto de la demanda que impone el turismo. Es imprescindible la reflexión de cómo ha de compensar el alto número de visitantes a los ciudadanos que empobrecen y acaban en la calle. Los beneficios del turismo no llegan a las persona con menores recursos económicos.

El efecto pendiente. Concentración de personas sin recursos en las mismas zonas

En el consumo de sustancias no prescritas hay un *efecto pendiente* que concentra a las personas sin hogar en

las mismas zonas. Son ámbitos de más fácil acceso a drogas o de mejor calidad, donde es posible sobrevivir sin llamar excesivamente la atención.

El *efecto pendiente* provoca que muchos municipios tengan escasos dispositivos socio-residenciales bajo el argumento que también hay pocas personas viviendo en sus calles. Han sido desplazadas a otras localidades. Va a ser necesario acoger, recuperar a estos vecinos en la proximidad, para evitar la concentración de la pobreza en zonas lejanas.

En ciudades como Barcelona los servicios residenciales públicos están bajo el paraguas municipal. Por lo que es muy importante que las personas en la calle contacten con los equipos especializados.

La lista de espera para una plaza pública residencial, donde vivir, es de varios meses, en tanto que la población general tiene la impresión de que las personas están en la calle porque quieren y que existen dispositivos suficientes. Hay que desarmar esta falsa percepción, que además limita la propuesta de nuevos recursos por parte de la población bien informada.

Reducción de los daños derivados de vivir en la calle

El concepto “Harm Reduction” apareció como un movimiento que procuraba la disminución de los daños del consumo de drogas sin exigir la abstinencia⁵. Es duro, pero deberíamos pensar en Harm Reduction, reducción de daños, para personas en la calle. Aceptar —tremendamente injusto— que hay personas que van a seguir viviendo en la calle y que solo podemos disminuir los daños de no tener domicilio, mientras no podemos conseguirles un domicilio. A riesgo de que esta consideración parezca perpetuar seguir estando en la calle. Nadie, nadie, nadie debería vivir en la calle. Es terrible, pero hay que plantearse que mientras esto no ocurra debemos reducir los daños.

No podemos retirar a las personas de las calles pero podemos preocuparnos por su información. Dónde vivir con las pertenencias a cuestas, atención a la propia higiene, dónde orinar, realizar deposiciones, atender a las necesidades menstruales, protegerse de agresiones psicológicas, físicas, sexuales, robos, frío, lluvia, sol, calor, medicación, alimentación, aprender la lengua y costumbres...

Lo ideal sería asumir el derecho a la vivienda, pero hay que actuar mientras esto no ocurre.

Tabla 3. Si la persona vive en la calle en Barcelona

Tiene que contactar con el Servicio de Inserción Social (SIS) para explicar su situación. Paseo Pujades 29, Barcelona | 93 256 66 50.
En caso de ser extranjera, sin permiso de residencia y hace menos de dos años que vive en el Estado español, tiene que contactar con el Servicio de Atención a Inmigrantes, Emigrantes y Refugiados (SAIER). Calle Tarragona 141, Barcelona | 93 153 28 00.
Acceso a tarjeta sanitaria independientemente de tener o no empadronamiento
Fuente: <https://www.arrelsfundacio.org/es/personas-sin-hogar/has-visto-a-alguien-en-la-calle/>

La Comunitat Sant Egidi elabora una guía de recursos para personas en la calle <https://www.santegidio.org/downloads/Guia%20ON%20Barcelona%202024.pdf> Muchos de estos dispositivos requieren asimismo el contacto con los Servicios Sociales. En la Tabla 3 información para la ciudad de Barcelona.

Grupo de trabajo #SalutSenseLlar, promovido por el Col·legi de Metges de Barcelona⁶

Se trata de un equipo multidisciplinario, formado por más de cuarenta profesionales y que, surgió a raíz de una jornada organizada el octubre de 2022 por el CoMB, liderada por la médica de familia y miembro de la Junta de Gobierno del Colegio, Beatriu Bilbeny. El grupo se marcó como primer objetivo la elaboración de un documento de propuestas para mejorar la atención sanitaria de las personas que viven en la calle que se presentó el 3 de abril de 2004⁷ y cuenta con el apoyo de una quincena de instituciones de los ámbitos social y sanitario y de la administración local.

“Código sin domicilio” y CAP CERO

Las dos primeras propuestas son crear el “Código Sin domicilio” y el CAP CERO.

El “Código Sin Domicilio” es una alerta para ordenar la atención sanitaria y la valoración social de las personas en situación de sinhogarismo con protocolarización de procedimientos.⁷

5 Chappard P, Pourchon F. For a renewed harm reduction model. Harm Reduct J. 2025 Feb 22;22(1):23. doi: 10.1186/s12954-025-01165-4. PMID: 39987212; PMCID: PMC11847393.

6 <https://www.comb.cat/es/comunicacio/noticies/el-grupo-de-trabajo-salutsensellar-promovido-por-el-comb-presenta-un-documento-de-propuestas-para-mejorar-la-atencion-sanitaria-de-las-personas-que-viven-en-la-calle>

7 <https://www.comb.cat/Upload/Documents/1/0/10459.PDF>

Introduce a auditar la situación en relación al acceso a dispositivos residenciales, la alimentación, tarjeta sanitaria, estado de salud, higiene, ropa, idioma, sacos de dormir, tiendas de campaña, odontología, optometría, teléfono móvil, relación con las dependencias.

“CAP CERO” es la disposición de que personas sin domicilio sean atendidas en todos los centros sanitarios de atención primaria, especializada y hospitales, sin prescindir de su propio CAP como elemento primordial. Permite evitar costosos desplazamientos hasta acceder a la visita. Una prestación similar a la que permite la tarjeta sanitaria europea, para actuaciones que requieran inmediatez, pero sin desvincular el paciente de su Equipo de Atención Primaria (EAP) donde esté asignado, para facilitar la longitudinalidad.

Todos los residentes en Cataluña tienen garantizada la atención sanitaria, Ley 9/2017, de 27 de junio de 2017.⁸ La Ley dispone que la condición de residente debe acreditarse mediante el empadronamiento en un municipio de Cataluña, pero, teniendo en cuenta las circunstancias especiales de determinados colectivos, la residencia se puede acreditar mediante otros criterios de arraigo que deben ser concretados y desplegados por reglamento con la finalidad de hacer posible el acceso a la asistencia dada la diversidad de estos colectivos y la heterogeneidad y la variabilidad de estas circunstancias.⁹

La normativa vigente permite el empadronamiento en la dirección que indiquen los servicios sociales en caso de que no se pueda determinar un domicilio fijo. Esta dirección puede ser ficticia, como la del propio edificio donde se ubican los servicios sociales o un albergue municipal o un punto geográfico concreto.¹⁰

En Barcelona, antes de formalizar el empadronamiento¹¹ sin domicilio fijo, debe solicitarse el informe de conocimiento de residencia (ICR) como paso previo. La validez del ICR es de tres meses desde su fecha de emisión; por lo tanto, el ciudadano dispone de este tiempo para poder empadronarse. El ciudadano quedará empadronado en una dirección de la ciudad de Barcelona que corresponde a un Centro de Servicios Sociales municipal.¹²

Se hace necesario

1. el documentación de identificación en vigor, de la persona mayor de edad que realice la solicitud:
Personas españolas: DNI, pasaporte o permiso de conducir.

Personas de la Unión Europea, Suiza, Noruega, Islandia o Liechtenstein: tarjeta de residencia, pasaporte o documento de identidad del país de origen. (En el caso de aportar certificado NIE este deberá ir acompañado del pasaporte o del documento de identidad del país de origen).

Personas originarias del resto de países: tarjeta de residencia o pasaporte. En el caso de personas del Reino Unido también es válido el documento de residencia establecido por el acuerdo de retirada de la Unión Europea.¹³

2. Documentación para la solicitud
Instancia específica debidamente rellenada y firmada. Se debe rellenar y firmar una instancia por persona¹⁴. A este documento de instancia de Conocimiento de Residencia en Barcelona se puede acceder telemáticamente.¹⁵

TSI

La Tarjeta Sanitaria Individual (TSI) acredita el derecho a la atención sanitaria pública, que además identifica el nivel de cobertura asignado al ciudadano. Por este motivo, es imprescindible para poder acceder a las prestaciones de los servicios sanitarios públicos y a las prestaciones farmacéuticas.¹⁶

Es decir que el enunciado del derecho a la atención sanitaria se transporta a la consecución de la TSI.

La falta de tarjeta sanitaria dificulta el cálculo de personas beneficiarias de la sanidad pública y también la asistencia. Facilitar el acceso a la tarjeta sanitaria es una tarea muy importante, en la que están involucrados numerosos profesionales.

ENFERMEDAD. TRASTORNO MENTAL

Los servicios de atención mental ambulatorios comprenden atención de adultos (CSMA) y los de jóvenes (CSMJ). Así como los específicos de atención a las

8 [https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/qui-te-acces-al-sistema-sanitari-public/index.html#googtrans\(ca|es\)](https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/acces-sistema-salut/qui-te-acces-al-sistema-sanitari-public/index.html#googtrans(ca|es))

9 <https://portaljuridic.gencat.cat/ca/document-del-pjur/?documentId=791144>

10 https://igualtat.gencat.cat/web/.content/Ambits/drets-igualtats/Empadronament/240402_gene_empadronament_manual.pdf

11 <https://ajuntament.barcelona.cat/novaciutadania/es/empadronamiento>

12 <https://seuelectronica.ajuntament.barcelona.cat/oficinavirtual/es/tramit/20160001216>

13 <https://seuelectronica.ajuntament.barcelona.cat/oficinavirtual/es/tramit/20160001216/1/1/documents-needed>

14 <https://seuelectronica.ajuntament.barcelona.cat/oficinavirtual/es/tramit/20160001216/1/1/documents-needed>

15 https://www.bcn.cat/recursos/tramits/padro/Model_Instance_co-neixement_residencia_municipi_Barcelona.pdf

16 <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/2132?locale-attribute=es>

dependencias o Centros de Atención y Seguimiento (CAS)¹⁷.

Tabla 4. Atención a la Salud Mental

Servicios ambulatorios generales. Los servicios de atención mental ambulatorios comprenden atención de adultos (CSMA) y los de jóvenes (CSMJ)
Atención psiquiátrica a personas que están en la calle María Jesús González, Mercè Borràs. ESMES (Equip Salut Mental Sense Sostre). LTJ8
Específicos de atención a las dependencias. Ambulatorios: Centros de atención y seguimiento. CAS Unidades de desintoxicación hospitalària Centros de día: trastorno mental asociado al consumo de drogas, con efectos indeseables • Ferran Solé, Gemma Suelves, Eulàlia Balaguer CECAS Centro de Día y Centros Residenciales (Comunidades Terapéuticas y pisos). LTJ9 • Anna Romaguera Hospital de día de salut mental i addiccions de baixa exigència. Hospital de Dia. CAS de Gràcia. CSMiA Gràcia-Muntanya. LTJ10
Centros de patología dual • Judith Martínez, Laia Molist Programa de Patología Dual Osonament. LTJ11 • Rosa Blanca Sauras Unitat Patología dual. Centre Forum. Parc Salut Mar. LTJ12
Unidades de crisis Laura Trujillo. ALBA. Unitat de crisi d'atenció específica a les drogodependències. LTJ12B

En 1998 se pone en marcha, —María Jesús González, Mercè Borràs LTJ8, ESMES— un plan piloto para la atención a la salud mental de las personas sin domicilio, allí donde se encuentran sin necesidad de esperar que soliciten ayuda. Ha seguido un progresivo incremento con equipos de psiquiatría y enfermería.

En el ámbito de consumidores de drogas, en exclusión social, CECAS ofrece, Ferran Solé, Gemma Suelves, Eulàlia Balaguer LTJ9, atención en régimen de Centro de Día de baja exigencia, Tarragona y Can Puig de Sant Cugat y los pisos Cervantes y Llar del Carme.

En Gracia, el Hospital de día de Salud Mental y Adicciones, —Anna Romaguera LTJ10—, creado el 1 de abril de 2021, va dirigido a los usuarios de los CAS/CSMA/CSMiA con sintomatología psiquiátrica y conductas adictivas en activo que, sin necesitar o querer una hospitalización, requieren una atención más global e intensiva que la que se les puede ofrecer en estos recursos. Cifra buena parte de su identidad en la baja exigencia y mayor intensidad de la asistencia que los CAS o Centros de Salud Mental para jóvenes y adultos.

Un excelente eslabón para continuar la tarea iniciada en estos centros.

En la comarca de Osona, Judith Martínez, Laia Molist Programa de Patología Dual Osonament. LTJ11, el programa de Patología Dual ofrece una atención integral a un ámbito de 163.702 habitantes

La Unitat Patología Dual (UPD), Centre Forum del Parc Salut Mar, Rosa Blanca Sauras LTJ12, atiende pacientes en régimen de Hospitalización con descompensación psicopatológica aguda grave que no permite el manejo ambulatorio. El funcionamiento de la UPD es similar a una unidad de desintoxicación hospitalaria (restricción de visitas y salidas).

Durante el ingreso, además de las visitas con enfermería, psiquiatría y trabajo social, existe espacio de terapia ocupacional en el que se abordan aspectos como la conciencia de enfermedad, la prevención de recaídas y la adherencia al tratamiento mediante diferentes actividades. Paralelamente, se realizan coordinaciones con los dispositivos de seguimiento ambulatorios como CSMA y CAS para asegurar la vinculación al alta. Se dispone de interconsulta de medicina interna, para aquellos pacientes que requieran atención a patología orgánica intercurrente.

Los diagnósticos duales atendidos en la unidad de Parc Salut Mar más predominantes son los trastornos psicóticos con cannabis, cocaína, metanfetaminas o alcohol comórbido seguido de los trastornos bipolares con consumo de alcohol, cocaína o cannabis comórbido. La mayoría de los pacientes son varones, con una edad media de 38 años aproximadamente. La mayoría ingresa desde urgencias, de forma involuntaria y la media de duración del ingreso es de 18 días.

La crisis por combinación de factores toxicológicos, médicos, sociales, psicológicos exige, como indica en su artículo Laura Trujillo Ruiz ALBA. Unitat de crisi d'atenció específica a les drogodependències LTJ12B una actuación urgente y específica que en Alba plantean a partir del ingreso inmediato y de corta duración. Durante la estancia en el centro Alba es posible realizar gran número de actividades, experiencias interesantes que sería deseable que tras el alta tuvieran continuidad. También que similares dispositivos se implantaran en otras áreas.

ATENCIÓN A JÓVENES

La atención a jóvenes debería ser especializada y diferenciada de la de adultos con diferentes trayectorias que, en ocasiones, es conveniente separar.

17 <https://www.csb.cat/centres-serveis/atencio-salut-mental/>

Una faceta importante es la atención a jóvenes migrantes no acompañados. Se trata de una situación compleja y de alta vulnerabilidad, donde los jóvenes no disponen de vínculos familiares cercanos y sus expectativas no corresponden a la realidad ni a la etapa vital en la que se encuentran (adolescencia) y sin un proyecto de vida.

El proceso de acogida y acompañamiento de esta población se ha de llevar a cabo desde una perspectiva integral. Sabiendo que es durante la adolescencia cuando se empieza a experimentar el consumo de drogas y teniendo en cuenta la vulnerabilidad social en la que se encuentran.

En Barcelona es el objeto de atención del Servicio de Detección e Intervención con niños, adolescentes y jóvenes migrados solos hasta los 21 años (SDI). El acceso al servicio se realiza a través de la detección por parte del SDI o de otros agentes que trabajan en el espacio público. <https://ajuntament.barcelona.cat/infancia/es/canal/servei-de-deteccio-i-intervencio-menors-no-acompanyats>

A primera línia Mireia Ambrós i Teresa de Gispert LTJ13 es un programa formativo, con material didáctico y una propuesta de desarrollo. Aparece en 2013 para complementar las ofertas educativas a jóvenes en situación de vulnerabilidad social sin habituales vínculos familiares. Aporta material específico para chicas, chicos y para casos de consumo inhalado. Se puede consultar en <http://drogues.gencat.cat/ca/detalls/Article/A-Primera-Linia>

Tabla 5. Atención a jóvenes

Programa formativo	A primera línia Mireia Ambrós i Teresa de Gispert LTJ13
	Servicio asistencial SATMI (Servicio de atención a la migración en salud mental) Jóvenes en situación vulnerable. Lola Aparicio LTJ14
	Equipos Guía. Magda Casamitjana, Jordi Quílez LTJ15
	Let's Chat LTJ16
	Programa de joves adolescents del CAS de Tarragona LTJ17
	Ona Gázquez. Joves en situació de carrer LTJ18

El SATMI (Servicio de atención a la migración en salud mental) atiende las necesidades de las personas inmigradas que sufren un trastorno mental. En cuanto a los jóvenes, Lola Aparicio LTJ14, es más preocupante el estado de los que han llegado solos.

Diferencia en su artículo tres grupos diferentes, a partir de las circunstancias antes de iniciar la migración y de sus principales afecciones ya en nuestra sociedad. Esta consideración da claves para entender mejor a estos jóvenes.

Es particularmente esclarecedora la reflexión sobre la migración que se ha dado tras una problemática grave durante su infancia relacionada con negligencia en sus cuidados.

Los Equipos Guía, Magda Casamitjana, Jordi Quílez LTJ15 se dirigen a adolescentes y jóvenes entre 12 y 25 años con trastornos de salud mental y adicciones y han de reforzar e integrarse a la red de atención en salud mental. El equipo cuenta con psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, trabajador social y personal administrativo. Intenta ofrecer una imagen acogedora y familiar con una ubicación diferente a los centros de salud mental y espacios que favorecen las dinámicas de equipo, con salas amplias, por encima de despachos.

Let's Chat, Sandra Ribas LTJ16 es un programa de prevención de conductas adictivas que ofrece atención psicológica y socioeducativa a jóvenes de 12 a 30 años, a partir de la acción en red con elaboración de mensajes informativos y también acciones comunitarias con grupos de debates y sesiones formativas www.letschatjoves.org.

Las responsables del programa de atención a jóvenes del CAS DE Tarragona LHT17 proponen reflexiones sobre el consumo de sustancias no prescritas en jóvenes en el sentido de que, a menudo, no tiene nada que ver con el consumo de los adultos. Cuentan, desde 2018, con un plan específico para adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años, si bien, en algunos casos se puede prolongar el seguimiento.

Es muy preocupante la situación de los jóvenes que se hallan en la calle. Muchos han estado previamente en sistemas de protección, tutelados en diferentes comunidades y entidades. Se hallan en la calle con dificultades para conseguir permisos para trabajar, con mucho tiempo desocupado y necesidades por cubrir determina una situación angustiosa para jóvenes que deberían hallarse en una de las mejores fases de su vida. Ona Gázquez i Ribas Joves en situació de carrer LTJ18 explica el perfil, situación, necesidades de estos jóvenes y detalla iniciativas comunitarias. Como Col·lectiu Jardins de Sant Pau¹⁸, Didl3onf contra la violencia¹⁹, Ex menas²⁰, Ágora Juan Andrés²¹, SOS Racisme²², Ateneu del Raval²³. Fundació Tot Raval²⁴.

18 <https://www00.facebook.com/c.santpau/> (Consultado 25-8-24)

19 https://www.instagram.com/didl3onf_contra_la_violencia/p/CoSuTP6Krpe/?img_index=1 Consultado 25-8-24)

20 <https://exmenas.org/> (Consultado 25-8-24)

21 <https://agorajuanandres.wordpress.com/> (Consultado 25-8-24)

22 <https://soseracisme.org/> (Consultado 25-8-24)

23 <https://x.com/ateneudelraval?lang=ca> (Consultado 25-8-24)

24 <https://totraval.org/ca/projectes/equip-raval-amb-el-joven-migrat-no-acompanyat> (Consultado 25-8-24)

ENFERMEDAD. TRASTORNO NO MENTAL

Entre las personas que se hallan en la calle con consumo de sustancias no prescritas hay mucha enfermedad no diagnosticada y, por tanto, no tratada. Además de los trastornos mentales es muy importante el abordaje de enfermedades infecciosas, respiratorias, hepáticas como resultado del consumo, anemia y malnutrición, así como la atención a las afecciones que se presentan en la población general.

Tabla 6. Enfermedad. Trastornos no mentales

Infecciones vinculadas a la forma de consumo.
HIV
Xavier Majó, Hepatitis C y consumo de drogas LTJ19
Elena Yela y Rafael Clúa. Barreras de acceso y seguimiento para el tratamiento de la Hepatitis C en personas usuarias de drogas inyectables en el medio comunitario LTJ20
Afecciones vinculables a la forma de vida
Jesús González Rupérez. Tele dermatología. LTJ21
Rebeca Alfranca, Fran Calvo Carles Fàbregas, M ^a Àngels Fernández-Hortal, Elisenda Fernández-Escofet. Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica LTJ22
Sonia Cebrián, Carme Hernández. Treball en xarxa LTJ23
Afecciones Generales
Carme Roca. Salut Sense Sostre. LTJ24
¿Quién se hace cargo de la salud de las personas en la calle, de los consumidores de sustancias no prescritas?
Daniel Roca. Accions sanitàries REDAN. LTJ25

Si bien el complejo mundo del consumo de las drogas ha existido desde antaño, el sida imprimió carácter de urgencia.

A principios de los 80 aparece la enfermedad por inmunodeficiencia adquirida que ocasiona muchísimas muertes hasta 1997 en que es posible cuantificar la infección con la determinación del número de copias y contamos también con tratamientos efectivos.

Muy importante el camino recorrido, con las campañas de prevención, entrega de jeringas y otro material de inyección no contaminado, hasta las actuales pautas de tratamiento con un solo comprimido al día e incluso con tratamientos inyectables bimensuales.

El tratamiento antirretroviral es un tratamiento de excelencia porque implica que se hayan abordado muchos factores previos.

Relevante el trabajo realizado frente a la hepatitis C por la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i hepatitis víricas para llevar el tratamiento a consumi-

dores activos. El Dr. Xavier Majó, Hepatitis C y consumo de drogas LTJ19 afirma que todas las personas infectadas con hepatitis C han de ser tratadas, incluso las que se han inyectado recientemente y que para prevenir las infecciones hay que seguir las recomendaciones de la OMS basadas en entregar 200 jeringas al año a cada consumidor por vía intravenosa.

Esta decisión de tratamiento sin exigir la abstinencia a drogas ha sido muy importante. Con la circunstancia añadida que la persona consumidora ha aceptado, en general, un tratamiento acotado en el tiempo, de dos o tres meses según la medicación escogida. La desaparición del virus de la Hepatitis C en las personas tratadas —a pesar de las reinfecciones— contribuye a la deseada erradicación.

Ha de ser mostrado como un elemento diferenciador entre el mercado ilegal que no cuida a los consumidores, que no les ofrece tratamiento, mientras que el ámbito social y sanitario entrega jeringas, desarrolla programas de acercamiento y ofrece recursos sanitarios, en este caso, caros tratamientos antivirales.

Debe ser una muestra de la alianza del sistema sanitario y consumidores,. Un trabajo conjunto para evitar enfermedades y mejorar la calidad de vida.

Esta alianza lleva a un mejor conocimiento de la hepatitis C, acceso a las pruebas diagnósticas de biología molecular y no solo anticuerpos. A que la preocupación por la salud pueda estar presente en estas personas consumidoras de drogas que viven en la calle y que exista un fácil acceso a la tarjeta sanitaria. Diferenciando, absolutamente, aspectos de padrón y lugar de residencia del derecho a la salud. Un acceso al sistema sanitario que facilita enormemente la Subdirecció General d'Addiccions, VIH, ITS i hepatitis víricas

El estudio de Elena Yela y Rafael Clúa Barreras de acceso y seguimiento para el tratamiento de la Hepatitis C en personas usuarias de drogas inyectables en el medio comunitario LTJ20, realizado en Instituciones Penitenciarias da explicaciones de por qué un 2% de la personas que ingresan tienen infección activa por hepatitis C.

Destacan vacíos asistenciales entre la atención al consumo y la atención a las enfermedades y. excesiva compartimentación entre centros de atención y seguimiento a las dependencias (CAS), centros de atención primaria (CAP) y centros de salud mental.

Los consumidores de drogas están más expuestos a enfermedades. El consumo por vía intravenoso ha ocasionado alta prevalencia de hepatitis C y VIH. En la actualidad, con el desarrollo de tratamientos más eficaces frente a estas dos enfermedades, el reto es el acceso

al tratamiento y su cumplimiento. Elena Yela plantea las barreras al acceso al tratamiento de la hepatitis C, afección que es bien sabido que en un muy alto porcentaje se cura en un periodo de tiempo no superior a 12 semanas.

En su estudio muestra la dificultad para el acceso al diagnóstico y tratamiento, con frecuente desconocimiento de las vías de contagio y de los tratamientos actuales. Expresan los pacientes que en algunos centros se focaliza la atención en los programas de reducción de daños, sin abordar la prevención, los diagnósticos y el tratamiento de la hepatitis C.

En su presentación, Jesús González Rupérez. Teledermatología. LTJ21 nos explica -en la actualidad muchas más - 200 consultas realizadas a través de la red telemática Telederma. La aportación altruista del Dr Jesús González es para personas que se hallan en situación socialmente deprimida. Los interlocutores son más de 7 equipos que les atienden en primera línea y 25 profesionales que cuentan con la asesoría del dermatólogo que, con naturalidad y empatía, en espacio de pocas horas responde a la consulta con una orientación diagnóstica y de actuación. Sin duda esta iniciativa es replicable en otros ámbitos.

Rebeca Alfranca, Fran Calvo, Carles Fàbregas, Ma Àngels Fernández-Hortal, Elisenda Fernàndez-Escotet, Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica LTJ22 presenten numerosas evidencias de las repercusiones que suponen la falta de domicilio sobre el estado de salud. Como respuesta en su entorno presentan una consulta semanal de enfermería al Centre d'Acol·liment i Serveis Socials La Sopa, en Girona. Un espacio donde se promueve la confianza y el vínculo, favoreciendo el seguimiento de la cronicidad en este colectivo altamente vulnerable y facilitando la coordinación de los profesionales sanitarios y sociales que intervienen.

Está en la línea de la medicina y enfermería comunitaria, en la que los servicios de salud se desplazan para alcanzar a personas que no consultan a los servicios sanitarios habituales.

Sonia Cebrián, Carme Hernández. Treball en xarxa LTJ23 manifiestan la importancia del trabajo en red que va poniendo hitos, construyendo puentes para que la persona pueda ser acompañada de forma global, ofreciendo un cobijo cuando es necesario, buscando atajos para acercar los recursos y observando de forma conjunta todo el proceso desde miradores que nos dan pistas y nos permiten apoyarnos.

Son actuaciones como las que propone Carme Roca. Salut Sense Sostre LTJ24 complementarias —

en palabras de Xavier de las Cuevas— a la salud pública. Salut Sense Sostre, a través de profesionales de la salud y de su entorno, aporta de forma no compensada económicamente sus competencias a la atención de personas en situación desfavorable. Se alinea en la idea de que las personas en la calle son importantes y que todos podemos hacer algo a partir de nuestras capacidades.

El sistema sanitario tiene prevista la atención domiciliaria pero no la atención cuando el domicilio es la calle. Y es preciso que desde hospitales y CAP se contemple en su zona de referencia la atención también de estas personas.

¿Quién se hace cargo de la atención de salud de los consumidores de drogas?

Algo más compleja es la atención de salud a las personas consumidoras de sustancias no prescritas. Se encomienda a los Centros de Atención y Seguimiento (CAS), sin embargo, al igual que los CAP, no está prevista la atención a las personas allí donde se encuentran, fuera de despachos.

La relación entre el profesional y la persona atendida ha de basarse en la confianza, respeto mutuo, manteniendo derechos y obligaciones por ambas partes.

Daniel Roca Accions sanitàries REDAN LTJ25 propone que todo usuario debería estar adscrito a un Centro de Atención Primaria y disponer de un médico de cabecera accesible. Sabemos que la longitudinalidad y la atención del médico de cabecera es la mejor manera de reducir las visitas a urgencias, los ingresos y la mortalidad global por cualquier causa

SUSTANCIAS NO PRESCRITAS

Es muy diferente el consumo de sustancias si se da o no en situación socialmente deprimida. Y cabe considerar si buena parte de los consumidores dejarían de serlo con un contrato de trabajo y dignas condiciones de vida. La situación administrativa no regulada, las nulas posibilidades de autosuficiencia económica son parte de la multicausalidad de las drogas.

La doctora Annie Mino lo describe excelentemente en su declaración (fig 2) La heroína mata, dicen. Pero los toxicómanos mueren por otras cosas. Miseria, criminalidad, sida, suicidios son las consecuencias directas de la exclusión. Bajo el pretexto de combatir las drogas, combatimos también los toxicómanos.

Fig. 2. Docteur Annie Mino, Sylvie Arsever J'accuse - Les mensonges qui tuent les drogués. 1996²⁵

Docteur Annie Mino, Sylvie Arsever

J'accuse les mensonges qui tuent les drogués.
La drogue fait peur. Si peur que tout le monde déraisonne à son sujet: thérapeutes, politiques, juges, policiers.
L'héroïne tue, dit-on. Mais c'est d'autre chose que meurent les toxicomanes: misère, criminalité, sida, suicide sont les conséquences directes de l'exclusion. Sous prétexte de bannir la drogue, nous avons banni les toxicomanes.
En Suisse, des médecins ont renversé la vapeur. Ils prennent les toxicomanes comme ils sont, là où ils sont et s'efforcent de les aider. Ils y parviennent: le VIH recule; des drogués marginalisés depuis des années retrouvent un peu de stabilité, voire un travail. On se bouscule dans les centres de traitement.
Raconter ce combat comme le fait ici Annie Mino, psychiatre à Genève, c'est accuser. Ceux qui ont construit autour des drogués les ghettos judiciaires et thérapeutiques qui les étouffent. Ceux qui, pour conserver leur pouvoir, refusent toute approche autre qu'intransigeante de la toxicomanie. Et ceux qui répandent, aujourd'hui encore, des mensonges sur les produits, leur nature et leurs effets.

Hemos establecido programas sin preguntar a los usuarios. Proponemos actuaciones basadas exclusivamente en la medicación, olvidamos la atención psicológica, incluso hablar. Y nos quejamos si las relaciones están basadas en la negociación por los medicamentos.

Nos enorgullece defender proclamas del tipo apoyo y no castigos, (fig 3) pero nuestra realidad está llena de expulsiones, personas que no pueden acudir a los servicios y pasamos toda la responsabilidad a los usuarios, sin referirnos a la responsabilidad institucional.

El trastorno mental puede llevar al consumo de sustancias, sin olvidar que el consumo de sustancias no prescritas puede llevar al trastorno mental.

Fig. 3 Apoya. No castigos



Los primeros programas de atención a consumidores de drogas en Barcelona se crean según el modelo de la escuela Suiza de Anne Mino en Ginebra. Se aplicaron muchas de las maneras de hacer de su servicio, basadas fundamentalmente en atender a los consumidores sin exigir la abstinencia drogas.

25 Mino Annie, Arsever Sylvie. *J'accuse - Les mensonges qui tuent les drogués*, Calmann-Lévy, janvier 1996, 276 p. ISBN 978-2702125212

Miguel de Andrés, colaborador directo de Anne Mino, puso en marcha el SAPS —servicio cuyas siglas no debían tener connotación alguna (el neutro Servicio de Atención y Promoción de la Salud)— en 1993 en el seno de Creu Roja, cuya área de drogas dirigía Pere Anton Soler Insa.

Fig 4. Denunciamos, también en la actualidad

La expulsión y el castigo como norma y no excepción
El traslado de centro como norma y no excepción
Dejar a personas sin acceso al trabajo
La excesiva medicalización y la escasa psicoterapia
Personas en la calle con enfermedades no diagnosticadas y, por tanto, no tratadas

SUSTANCIAS NO PRESCRITAS

Tabla 7. Sustancias no prescritas

Alcohol

LTI26 Igor Bacovich. Talleres para prevenir muertes por reacción aguda en consumidores de heroína y/o cocaína intravenosa. El concepto de sobredosis múltiples.

LTI20. Raúl Jiménez Vinaja. Usos del cannabis a presó des de l'acció comunitària

LTI56 T Borràs, A Lloret, S Ferrando, Ch Sion. The green witch project: Cannabis com a estratègia terapèutica i de reducció de danys i riscos en el consum d'altres substàncies amb veu de dona.

LTI27. Nico Piñeira y Elena Molina. Cocaína. Productos, usos y terminología. Perspectiva desde la atención a personas que la consumen de forma inhalada

LTI28 Lorena Andreu. Reacciones agudas al consumo de cocaína inyectada

LTI29. Anna Lago, Marc Moya, Albert Climent, Jordi Rodríguez, Chaterine Cedeño, Noelia Girona, Diego Aranega, Josep Rovira, Ester Aranda. Evolució i noves tendències d'ús de substàncies detectades des dels espais de consum supervisat de CAS Baluard. Barcelona

LTI30 Sofia Moreira, Nacho Rosselló, Margarita Aguas. Reacciones agudas al consumo de sustancias no prescritas, diferentes a heroína y cocaína. Metanfetamina y otras.

LTI31 Antoni Lloret, Joan H Besora, Tre Borràs. ISOLA-B. Estratègies d'apropament a persones que usen substàncies psicoactives. Anàlisi, reflexió i acció

Las reacciones agudas al consumo pueden revertir especial gravedad. Particularmente en el caso de los opiáceos donde la tríada depresión del centro respiratorio, bradipnea —o menos de 15 respiraciones por minuto— y depresión del nivel de conciencia son signos de gravedad que pueden llevar a parada respiratoria y muerte²⁶. Más allá de las recomendaciones, la

26 Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf>

medida más útil para prevenir muertes por drogas es la supervisión del consumo en las salas. Como reiteradamente se advierte, en ninguna sala del mundo se ha detectado muerte por reacción aguda.

El antídoto de los opiáceos es la naloxona que los desplaza de los receptores del organismo. Por esto, se ha insistido en la realización de talleres de naloxona en usuarios de drogas o en personas de su entorno. Desde 1996²⁷ hay experiencias de formación en sobredosis y distribución de naloxona.

Igor Bacovich. Talleres para prevenir muertes por reacción aguda en consumidores de heroína y/o cocaína intravenosa. El concepto de sobredosis múltiples. LTJ²⁶ revisa las reacciones adversas en una sala de inyección por depresión del centro respiratorio ocasionada por la heroína y la formación en sobredosis y administración de naloxona.

De 2003 a 2011 en la sala de venopunción asistida del SAPS han tenido lugar 57.898 consumos con 367 (0,63%) reacciones agudas adversas, ninguna de ellas mortales. La heroína -menos utilizada que la cocaína- ha provocado el 79% de las reacciones adversas. No observaron reacciones adversas en los consumos de speed-ball o consumo combinado de cocaína y heroína. En los consumidores de heroína, casi la mitad de las reacciones son por usuarios reincidentes. La quinta parte de los usuarios ocasiona casi la mitad de las reacciones adversas. Con lo que advierten del potencial riesgo de las personas que han sufrido más de dos sobredosis.

En 2009 se iniciaron los talleres de formación en sobredosis y administración de naloxona. De 2009 hasta 2012, se realizaron 192 formaciones y distribuyeron 423 unidades de naloxona. Los usuarios utilizaron en 40 ocasiones la naloxona para revertir una situación de depresión respiratoria. Es decir, que el 10% de las unidades de naloxona distribuidas sirven para actuar en una sobredosis.

En 2019, Sofía Moreira, realizó entrevistas a 25 usuarios que de 2017 a 2019 utilizaron naloxona, suministrada por centros de atención a consumidores activos en Barcelona. 14 en casas ocupadas, 6 en la calle, 5 en domicilios. 4 mujeres. Con edad estimada de 21 a 60 años, 3 de nacionalidad desconocida, en 7 con cocaína combinada.

Llama la atención el elevado número de reacciones adversas en casas ocupadas y también que, a diferencia de la propuesta de Igor Bacovich, se produjeron 7 situaciones de sobredosis con cocaína combinada.

Nico Piñeira y Elena Molina, Cocaína. Productos, usos y terminología. Perspectiva desde la atención a personas que la consumen de forma inhalada LTJ²⁷, describen los pasos en la elaboración de cocaína para el consumo. Es la segunda sustancia que apareció en la epidemia de drogas, después de la heroína.

A partir de la hoja natural, pueden tener lugar diferentes elaboraciones. Son interesantes los diferentes pasos para ser fumada o inyectada y las transformaciones de una a otra modalidad.

El consumo fumado es complejo y con especiales necesidades. Usar pipas es muy visible, con dificultades por viento y lluvia si se consume a la intemperie.

Figura 5. Pipa para fumar crack



Describen la fabricación, cuidado, limpieza de las pipas y los efectos indeseables del consumo fumado.²⁸

Lorena Andreo. Reacciones agudas al consumo de cocaína inyectada. LTJ²⁸ ha coordinado un estudio multicéntrico de las reacciones al consumo de cocaína inyectada en salas de consumo en España, muchas de las cuales ya no están en funcionamiento. Tiene el interés de que es directamente observado.

Partía de una inicial observación en Barcelona de consumo inyectado²⁹ y entrevistas a consumidores por

27 Mueller SR, Walley AY, Calcaterra SL, Glanz JM, Binswanger IA. A Review of Opioid Overdose Prevention and Naloxone Prescribing: Implications for Translating Community Programming into Clinical Practice. Substance Abuse. 2015;36(2):240-253. doi:10.1080/08897077.2015.1010032

28 El intranferible mundo de las pipas de basuco s. f. <https://www.vice.com/es/article/nnp348/pipas-de-basuco> (accedido 7 de agosto de 2022).

29 Delás J, Priore AG, Pigem A, Aguas M. Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada [Post cocaine intravenous syndrome described from the observation in a drug consumption supervised room]. Med Clin (Barc). 2008 Jan 19;130(1):35. Spanish. doi: 10.1157/13114543. PMID: 18221646.

vía fumada³⁰. En la actualidad solo hay salas de consumo en Catalunya y Euzkadi sin ninguna explicación plausible de por qué no hay en otras zonas de España.

Los efectos agudos de heroína —en general opioides— son miosis, depresión del centro respiratorio y del nivel de conciencia. Mucho más amplios los de cocaína. En general se trata de reacciones de alta incomodidad para consumidores y personas a cargo, pero con escasos efectos sobre la salud, en el consumo inmediato.

De hecho, si bien está descrita la relación de cocaína en pacientes menores de 50 años con cardiopatía isquémica, entre los consumidores en situación socialmente deprimida es escasa la incidencia de infarto de miocardio, aspecto que se preguntó en el estudio. Seguramente hay factores de riesgo diferentes del consumo de cocaína que no están presentes en los consumidores en situación social deprimida.

Un estudio posterior, Sofía Moreira, Nacho Roselló, Margarita Aguas. Reacciones agudas al consumo de sustancias no prescritas, diferentes a heroína y cocaína. Metanfetamina y otras. LTJ30, muestra efectos adversos del consumo inmediato de sustancias diferentes a heroína. Es interesante para informar a consumidores y personas a su cargo.

Metamfetamina, desoxiefedrina y también conocida como tina, meta, meth, cristalmeth, shabú. Anna Lago, Marc Moya, Albert Climent, Jordi Rodríguez, Chaterine Cedeño, Noelia Girona, Diego Aranega, Josep Rovira, Ester Aranda. Evolució i noves tendències d'ús de substàncies detectades des dels espais de consum supervisat de CAS Baluard. Barcelona LTJ29 describen el aumento de esta sustancia estimulante del grupo de las anfetaminas y de la familia de las fenetilaminas. En nuestro mercado ilegal se presenta como polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo.

CAS Baluard dispone de espacios para el consumo por vía intravenosa y vía inhalada. Destacan el aumento de esta vía y la disminución de la heroína, mientras que se consolida el uso de la metanfetamina.

Antoni Llor, Joan H Besora, Tre Borràs. ISO-LA-B. Estratègies d'apropament a persones que usen substàncies psicoactives. Anàlisi, reflexió i acció LTJ31 refieren un consenso creciente en que la guerra contra las drogas ha fracasado. La prohibición ha provocado comportamientos más arriesgados, producción de sustancias más peligrosas y en consecuencia más perjuicios

y problemas para la salud de las personas consumidoras. Proponen estrategias de aproximación con un servicio de análisis de las sustancias que el usuario va a consumir, —contando con el apoyo de Energy Control³¹—, pudiendo alertar de sustancias peligrosas y adulteraciones. Está en la línea de similares prestaciones en Suiza, Saferparty³² que se presenta como proveedora de información neutral sobre sustancias psicoactivas, Ckeck It en Austria³³ o Drug Checking en Berlín³⁴

Tabla 8. Consumo de sustancias prescritas. Metadona, heroína

Metadona inyectada
LTJ32 M ^a Himalaya Vallejo Cañete. Metadona inyectada
Heroína
LTJ33 Miquel del Río. Situació prèvia a la posada en marxa el programa de dispensació d'heroína a Suïssa
LTJ33 Paco Giner. La posada en marxa del programa d'heroína a Suïssa. La normalització de l'heterodòxia.
LTJ34 Joan Carles March La heroína, un medicamento que ha ayudado a mejorar la salud de la ciudad de Granada.

SUSTANCIAS PRESCRITAS

Metadona inyectada

En la primavera-verano del 2017, en ciertas Salas de Consumo de Barcelona se detectó la demanda de jeringas de más capacidad de las habitualmente utilizadas para heroína y cocaína. Respondía a la demanda para consumir metadona por vía inyectada. Ya se había percibido consumo intravenosos de metadona, pero parecieron aumentar. M^a Himalaya Vallejo Cañete. Metadona inyectada LTJ32 ha tratado el tema en su trabajo de master.

En la actualidad, la mayoría de las Salas de Consumo Supervisado aceptan la inyección de metadona. Es una forma de consumo intravenoso, alegal. No está aceptado en la ficha técnica del producto pero no obliga a recurrir al mercado ilegal para su compra cuando le ha estado prescrito a esa persona.

Introduce a las posibilidades de la heroína como fármaco de mantenimiento que sí que tiene una forma de dispensación por vía intravenosa.

30 Delas J, Adán E, Díaz O, Aguas M, Pons M, Fuertes R. Smoked cocaine in socially-depressed areas. Harm Reduct J 2010;7. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-7-27>

31 Energy Control <https://energycontrol.org/> (acceso 11 de agosto de 2024).
32 Saferparty <https://www.saferparty.ch/>
33 Check It <http://www.hntinfo.eu/interventions/checkit>
34 Drug Checking. <https://sidekicks.berlin/en/drug-checking/>

Heroína

Una serie de psiquiatras españoles se sucedieron en su fase de formación en el servicio de Psiquiatría de Anne Mino en Ginebra.

Miguel de Andrés trabajó en estrecha colaboración con Annie Mino, médico jefe del servicio de Instituciones universitarias de psiquiatría de Ginebra. Miguel tradujo junto a Viviane Vaney “Análisis científico de la literatura sobre prescripción controlada de heroína o de morfina”.³⁵

Le sucedió en Ginebra Miquel del Río a quien le cupo la posibilidad de ir planeando el programa de heroína que implementó Paco Giner. Miguel Marset ha sido después el responsable del proyecto³⁶

El 1 de septiembre del 95 se inauguró el programa de dispensación de heroína inyectada en Ginebra con participación de Paco Giner.

Para entender el proceso, Miquel del Río Origen del programa de heroína en Ginebra LTJ33, explica que en 1974, el Comité de Expertos de la OMS en dependencia de Drogas declaró que el principal objetivo debía ser prevenir o reducir la incidencia y severidad de los problemas asociados con el uso no médico. Fue una de las primeras declaraciones de disminución de los daños relacionados con el consumo de drogas.

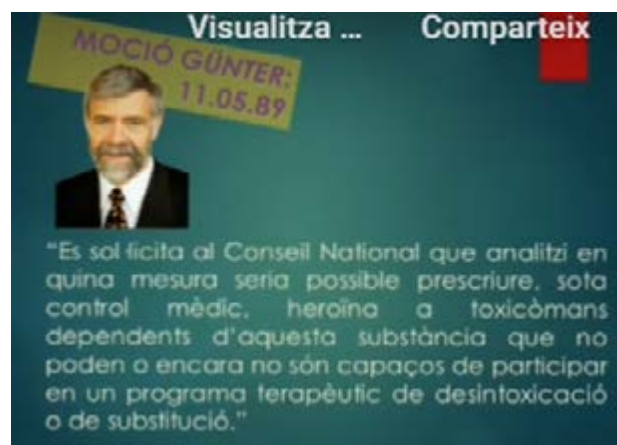
A finales de 1980 en la Plazpitz de Zurich se concentraban miles de toxicómanos, que cada día se acercaban con cientos de kilos de heroína y millones de francos, pernoctando allí cientos de personas que malvivían incluso en el duro invierno suizo.

El 11-5-1989 surgió la moción Günter que solicitaba al Consejo Nacional que si no estaba demostrado que era mejor dejar a los consumidores en sus penosas condiciones que darles heroína de forma controlada, se hicieran las modificaciones legislativas adecuadas para ponerlo a prueba.

Se pidió el estudio a la Dra. Anne Mino, jefe del Servicio de Psiquiatría de Ginebra en el que también trabajaba el Dr. Miguel del Río.

Después de 6 meses de profundo estudio, revisión bibliográfica y visitas a servicios de Países Bajos e Inglaterra, acabó convencida de que era necesario priorizar la disminución de las consecuencias negativas del consumo por delante de la abstinencia absoluta.

Figura 6. Moción Günter



Se realizaron los cambios legislativos para la dispensación de heroína en cada cantón. El primero en ponerlo en marcha fue el de la Suiza alemana, con Berna, Zurich y otras ciudades. En Ginebra llegó en 1995.

Figura 7. 2020. Tratamiento con agonistas de la heroína en Suiza



En 2020 el balance es positivo. Se ha integrado al armamento terapéutico y a los profesionales, llega a los 8% de los pacientes en tratamiento por dependencia de heroína, 1600 en total y se realiza en 22 centros ambulatorios y 1 penitenciario.

El artículo de Paco Giner La posada en marxa del programa d'heroína a Suïssa. La normalització de l'heretodòxia LTJ34. muestra cómo se desarrolló. Eran años de revuelta en el pensamiento médico. La misma Annie Mino escribe junto a Sylvie Arsever j'accuse les mensonges qui tuent les drogués. Calmann-Lévy, 1996.

Los médicos prescribían la dosis diaria de heroína pura a los enfermos. El producto estaba fabricado en un laboratorio y era administrado bajo control sanitario en los centros de tratamiento ad hoc. Era un medicamen-

35 Mino, Annie. Análisis científico de la literatura sobre prescripción controlada de heroína o de morfina. Citran 1994.

36 Entretien avec le Dr Miguel Marset, responsable du projet expérimental de prescription de stupéfiants. 22.01.2004 . RTS. <https://www.rts.ch/play/tv/19h30/video/entretien-avec-le-dr-miguel-marset-responsable-du-projet-experimental-de-prescription-de-stupefiants?urn=urn:rt:video:113446>

to opioide más, para la farmacopea de las adicciones y su aplicación se publicó en el British Medical Journal.³⁷ Arrancaba del citado informe de Annie Mino,. Análisis científico de la literatura sobre prescripción controlada de heroína o de morfina. Citran 1994.

Ni la heroína ni los médicos, cita Paco Giner, éramos el demonio. La diacetil-morfina intravenosa se comportaba como cualquier otro medicamento. Sólo tenía que ser pura, no adulterada, fabricada en laboratorio y administrada en el marco de una asistencia sanitaria reglada. Formal. Sin ningún riesgo de infección ni de sobredosis no asistida. Ni ninguna necesidad de delinquir o prostituirse para conseguir el caballo

A día de hoy, el programa de heroína es una asistencia sanitaria más de los servicios que procura la División de Abuso de Sustancias de Genève.

Tabla 8 . Países con administración de heroína terapéutica

1. Suiza. Fue el primer país en introducir un programa de heroína asistida en 1994. Los resultados positivos en términos de reducción del crimen, mejora de la salud y disminución del consumo ilícito llevaron a que el programa fuera formalmente aprobado a nivel nacional en 2008.
2. Alemania implementó programas piloto en 2002, y después de su éxito, aprobó el tratamiento de heroína asistida en 2009. Está disponible en centros especializados bajo supervisión médica.
3. Países Bajos. País anticipado en ofrecer heroína bajo supervisión médica desde 1998. Actualmente, este tratamiento está disponible para personas que no han respondido a otros tipos de tratamiento.
4. Dinamarca. Dinamarca introdujo el tratamiento de heroína asistida en 2008 para pacientes con adicción severa a los opiáceos. Está supervisado médicamente en clínicas específicas.
5. Canadá. En Vancouver y algunas otras ciudades canadienses, el tratamiento con heroína asistida está disponible como parte de programas piloto en centros médicos bajo estricta supervisión. Fue implementado por primera vez en 2005.
6. Reino Unido. Aunque la prescripción de heroína (diacetilmorfina) ha sido legal en el Reino Unido desde hace décadas, su uso en el tratamiento de adicciones ha sido limitado. Sin embargo, en ciertas ciudades como Londres, Manchester o Glasgow, se han llevado a cabo programas de heroína asistida de manera experimental.
7. España Ensayo clínico -PEPSA- que se puso en marcha en Granada en 2003 y permite su uso como programa compasivo.

El Dr. Miquel Casas, catedrático de Psiquiatría, supervisó el programa de heroína de Annie Mino y aunque presentaba limitaciones técnicas, la dispensación terapéutica ha devenido una realidad en Suiza y otros países (Tabla 8). En Nación Digital, 06 de junio

de 2022 en el curso de una entrevista apunta comentarios al respecto.

“Algunos expertos³⁸ plantean utilizar diacetilmorfina, el nombre científico de la heroína, para los pacientes adictos a esta sustancia que han recaído en varias ocasiones. “Sería el medicamento ideal pero el nombre ‘heroína’ da miedo”, afirma el catedrático emérito de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) Miquel Casas en la Agència Catalana de Notícies. Ésta es una propuesta que viene de lejos y que en algunos países como Suiza o Alemania se ha implementado con programas de tratamiento, pero que en España no tiene apoyo político ni social ni tampoco consenso en la comunidad médica. Casas lamenta que las personas adictas sean vistas como “viciosas” cuando tienen un déficit de péptidos opioides en el sistema nervioso central, que intentan compensar con la heroína.

El catedrático Miquel Casas, que fue jefe del Servicio de Psiquiatría de Vall d’Hebron, defiende que el tratamiento “ideal” para las personas adictas a la heroína que recaen tras varias desintoxicaciones sería la diacetilmorfina y señala que permitiría “normalizar” la vida” de estos pacientes y de sus familias. El doctor Casas indica que uno de los principales problemas es que “no existe el pleno convencimiento” de que la persona adicta a la heroína está “enferma”, sino que se tiende a estigmatizar su problema.

Así lo expuso en un foro sobre sustancias no prescritas, organizado por la asociación Ex AEquo, la revista Low Threshold Journal y las agencias de Salud Pública de Cataluña y Barcelona y que tuvo lugar el mes de mayo de 2022 en la capital catalana. En la mesa sobre los programas de heroína, participaron otros especialistas, que explicaron experiencias como el tratamiento con heroína en Suiza o el ensayo clínico que se puso en marcha en Granada en 2003 y que ha quedado como una rareza en estado español.”

En Catalunya, el Departamento de Salud impulsó un ensayo en el 2004 para utilizar la heroína por vía oral como tratamiento de desintoxicación en los hospitales Vall d’Hebron, Mutua de Terrassa y Sant Pau, pero no tuvo continuidad. Era otro paso para demostrar que la heroína puede enmascararse en un ensayo clínico, es decir, que se puede administrar sin que ni los pacientes ni los médicos sepan qué es lo que están recibiendo o dispensando (estudio de doble ciego).

37 Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. BMJ. 1998 Jul 4;317(7150):13-8. doi: 10.1136/bmj.317.7150.13. PMID: 9651260; PMCID: PMC28595.

38 Nació Digital 06 de junio de 2022. https://nacidigital.cat/societat/experts-proposen-administrar-heroina-als-addictes-seria-el-medicament-ideal-pero-fa-por_246204_102.html

“Salió muy bien, pero después no hubo el consenso político para salir adelante”, recuerda Casas en una entrevista en el ACN tras participar en esta mesa. “Como no existía una gran demanda social y los profesionales que trabajamos en adicciones tampoco pedimos la heroína, o la diacetilmorfina, como medicamento, el poder político se inhibe. Por qué debería complicarse la vida con ¿un tema difícil de aprobar si nadie se lo pide? Este es el problema que tenemos”, afirma.

“Desde el punto de vista de las neurociencias, la persona adicta tiene un problema a nivel del sistema nervioso central, con déficit de péptidos opioides, busca la forma de compensarlo incurriendo en conductas de riesgo”, indica el catedrático, actualmente vinculado al Hospital Sant Joan de Déu y miembro del Consejo Asesor de Salud Pública del Departamento de Salud, entre otros cargos.

Casas alerta de que se sigue tratando a la persona adicta a la heroína como un “vicioso” o un “producto social” de barrios marginales, por ejemplo, y que esta concepción dificulta plantear la administración de heroína bajo control médico. “Algunos bien pensantes preguntan, ¿cómo quieres dar el ‘vicio’ al ‘vicioso’? Pero es que no es así”, advierte.

El psiquiatra lo compara con la diabetes: “Es un problema similar. A las personas diabéticas les falta insulina y si no tomaran tendrían una vida muy complicada”. “Si das heroína, normaliza el funcionamiento del cerebro al igual que la insulina lo hace con el páncreas de una persona diabética”, sostiene.

El catedrático señala que “la medicina oficial ya está satisfecha con los programas de reducción de daños”, que lo que buscan, dice, es que las personas adictas “no se hagan daño ni hagan daño a los demás”. Casas avisa de que con este criterio se mantiene “el paradigma antiguo”, en el que se intenta que estas personas se abstengan de la heroína con tratamientos de desintoxicación con metadona u otros como la buprenorfina o la morfina.

Son tratamientos que pueden ir bien, pero estas sustancias trabajan de forma muy diferente a la heroína en el sistema nervioso central, explica. El problema es cuando estos pacientes recaen en varias ocasiones, ya que tienen el peligro de sobredosis, infecciones graves o conductas de riesgo para encontrar dinero. La calidad de vida se resiente mucho. Ningún país administra la diacetilmorfina como primer tratamiento, sino cuando todo el resto de vías fracasan. Otro de los grandes arrecifes de la administración de heroína bajo control médico es que actualmente no tiene los requisitos para ser considerada un medicamento y por eso son necesarios ensayos clínicos que la validen.

Mientras no se completen todos los pasos del proceso científico, la autorización de la diacetilmorfina será política, que es lo que explica esta diferencia entre países.

Joan Carles March en el diario Público <https://lnkd.in/dRG6XpbU> propone “los beneficios del Programa de Heroína terapéutica “para las personas que participaron en él “son increíbles”. “Mejoran la calidad de vida, disminuyen los riesgos de consumo en la calle, de que sean detenidos por cometer delitos, mejoran su estado de salud, recuperan sus relaciones familiares, con todo su entorno y algunos, incluso, hasta han dejado de consumir heroína”.

A juicio de March, es un gran error que la Generalitat no financie el uso compasivo de la heroína como medicamento y que se escude para ello en que está preparando un estudio para hacer lo mismo que se analizó ya con el ensayo del PEPSA en Granada, cuyos resultados fueron publicados en varias revistas científicas internacionales. “Es ridículo. Deberían aprovechar lo que ya está hecho. No tiene sentido hacer otro proyecto sobre lo mismo. Si algo ha funcionado, aprovéchalo, porque los problemas de salud son fundamentales y está demostrado que dando diacetilmorfina se salvan vidas”, subraya el investigador.”³⁹

Los psiquiatras españoles pusieron en marcha el programa en Ginebra y Joan Carles March en la ciudad de Granada.

En el artículo Joan Carles March La heroína, un medicamento que ha ayudado a mejorar la salud de la ciudad de Granada LTJ35 se puede conocer cómo nació el proyecto. Los participantes en el grupo experimental recibieron diacetilmorfina (heroína) inyectada, dos veces al día, más metadona oral, una vez al día, durante 9 meses. El grupo control recibió solamente metadona oral, una vez al día. Ambos grupos mejoraron a los nueve meses. Pero el grupo que recibió el medicamento heroína mejoró más que el grupo de metadona en su estado de salud general y en las conductas de riesgo favorecedoras del VIH. Además, este grupo experimental disminuyó el uso de la heroína de la calle pasando de 25 días por mes a 8, así como el número de días libres de problemas relacionados con el consumo de drogas o implicación en actividades delictivas.

Y esto, al igual que los demás estudios realizados en otros países, lo han reflejado las mejores revistas médicas del mundo.

39 Santiago F. Reviejo. <https://lnkd.in/dRG6XpbU>

Aunque el tratamiento con metadona debe seguir estando disponible, existe un grupo considerable de pacientes (alrededor de un 25%) en los que la opción más apropiada es otra: pacientes con una pobre tolerancia a la metadona, aquellos que fracasan en los programas de metadona o que son reticentes a ellos debido a sus implicaciones estigmatizantes, pacientes en los que la metadona supone un mayor riesgo al habitual. El tratamiento farmacológico controlado con heroína que se está llevando a cabo en Granada desde hace casi 20 años, en la misma línea que lo hacen otras ciudades de importantes países como Suiza, Holanda, Alemania, Inglaterra, Dinamarca y Canadá, (Tabla 8) determina un beneficio importante para la salud y la calidad de vida de los heroinómanos. Y además, a nivel social, las personas drogadictas se vuelven a insertar en el ámbito social y laboral, su autoestima aumenta y la estabilidad psicológica se restablece. Un verdadero éxito personal y social que ha ayudado no solo mejorar la salud y calidad de vida de los heroinómanos y sus familias, sino del conjunto de la ciudad, al disminuir de una forma muy importante (un 1.700%) la delincuencia.

Estamos a tiempo, a pesar de haber pasado 20 años. Que no pasen otros 20 antes de que se use la heroína como medicamento en cualquier punto del país. Lo necesitan ya.

ESPACIOS DE CONSUMO

Tabla 9. Espais de consum

El inicio de las salas de consumo en España. Madrid, Can Tunis, SAPS, Baluard

LT29 Anna Lago, Marc Moya, Albert Climent, Jordi Rodríguez, Charlene Cedeño, Noelia Girona, Diego Aranega, Josep Rovira, Ester Aranda. Evolució i noves tendències d'ús de substàncies detectades des dels espais de consum supervisat de CAS Baluard. Barcelona
LT36 Noelia Girona, Sonia González, Gemma Balaguer, Daniel Roca, Aingeru Rincón, Marina García, Anna Lago, Diego Aranega, Josep Rovira, Amaia Garrido. Intervenció comunitària en casos d'alta complexitat a Ciutat Vella. Barcelona

LTJ37 Rubén David Borrás Torres. Importància de 'Calor i Cafè' en el treball amb persones usuàries de drogues. La Mina

LTJ38 Noemí González. La Mina. Centre d'atenció a persones que fan ús de drogues

LTJ39 Sandra Aguero Rueda Sala de consumo supervisado CAS Forum Sant Martí

LTJ40 Anna de Castro. Arrels Lleida.

LTJ41 Erick González. Meta-Bus.

LTJ42 Rafa Clua, Guillaume Dumont. "Narcopisos": A propósito de los pisos de venta y consumo de drogas.

LTJ43 Dani Pajuelo, Silvia Marqués. Consumo de drogas en la calle.

Como bien explica Rafael Clúa en su excelente revisión⁴⁰, la primera sala de consumo de España, fue el Dispositivo Asistencial de Venopunción (DAVE) del barrio madrileño de las Barranquillas en el año 2000⁴¹. Cerró sus puertas en diciembre de 2011, por argumentos que van desde crisis económica hasta que ya no era necesaria. En el año de su cierre, pasaban por sus dependencias 100 consumidores al día y 36.000 consumos tenían lugar al año. En la Cañada Real en 2018 se estimaba que se vendían 12.000 dosis de heroína diaria.^{42,43}

El número de fallecidos por reacción aguda a sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid muestra una tendencia ascendente en los últimos años. El año 2019 fue de 154, cifra superior a la registrada en el año 2018 (99 casos) ⁴⁴. Madrid que fue la primera ciudad española que puso en marcha una sala de consumo, no se plantea volver, por el momento, a abrir salas de consumo. En el informe de la Subdirección General de Epidemiología de la Comunidad de Madrid se cita que la reducción de la morbilidad por sobredosis en Europa es un importante reto de salud pública que es necesario facilitar el acceso a los servicios y prestar un tratamiento eficaz y capacitar a los consumidores para que realicen un consumo de menor riesgo. Los programas de distribución de naloxona han demostrado que en combinación con intervenciones informativas y educativas, reducen la mortalidad por sobredosis¹⁴. Pero no se citan las salas de consumo.

El Plan Nacional sobre Drogas español se refiere a las salas de inyección segura o de venopunción como centros de tratamiento que bajo control sanitario, permiten el consumo en condiciones sanitarias adecuadas y bajo la supervisión de profesionales. Las salas se han mostrado eficaces en la disminución de la mortalidad por a reacciones agudas. Permiten contactar con pro-

40 Clúa R. Salas de consumo higiénico en España (2000-2013) Drug consumption rooms in Spain (2000-2013). <https://doi.org/10.18294/sc.2015.688>. Salud Colect. 2015;11(2):261-82.

41 Clúa García R. A ritmo de bombeo: etnografía en un espacio de venopunción asistida [Internet]. Revista Española de Drogodependencias; 2011; 36:463-475. [cited 2020 Jul 26]. Available from: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/47555/3799923.pdf?sequence=1>

42 (Un oasis en Las Barranquillas-RTVE.es2011 <https://www.rtve.es/radio/20111104/oasis-barranquillas/473197.shtml>). En la actualidad, el mercado sigue vigente (Exclusiva: Así viven los "machacas", guardias de la droga en la Cañada Real,

43 <http://www.telemadrid.es/programas/madrid-directo/Machacas-Cañada-Real-viviendas-2-2173902642--20191104075527.html>.)

44 Subdirección General de Epidemiología DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. MORTALIDAD POR REACCIÓN AGUDA A SUSTANCIAS PSICOACTIVAS COMUNIDAD DE MADRID AÑO 2019 [Internet]. [cited 2020 Jul 26]. Available from: https://www.comunidad.madrid/sites/default/files/doc/sanidad/drog/2019_mortalidad_por_reaccion_aguda_a_sustancias psicoactivas_comunidad_de_madrid_ano_2019.pdf

fesionales que les pueden aconsejar sobre los recursos existentes y mejorar las condiciones de vida y salud. Facilitan intervenciones preventivas, educativas, atención en las emergencias, reducir las infecciones más frecuentes, la transmisión del VIH y de hepatitis víricas, identificar las patologías emergentes, disminuir el número y consecuencias (mortalidad) de las reacciones agudas a drogas, facilitar el acceso a las redes sociosanitarias, paliar el impacto social del consumo intravenoso en espacios públicos, facilitar materiales estériles, ayuda para la higiene, comida, primeras curas, vacunaciones⁴⁵.

La supervisión del consumo permite identificar una mala técnica de inyección, la formación del usuario en prácticas más seguras, detectar complicaciones^{46,47} promover el cambio a zonas de punción de menor riesgo y la asistencia a la venopunción.

Diversos estudios han indicado que una proporción sustancial de usuarios requiere ayuda para la inyección, debido a la pérdida de accesos venosos, la falta de costumbre con las técnicas de inyección, dificultades causadas por la ansiedad, síndrome de abstinencia o por la preferencia de la inyección de la vena yugular.^{48,49}

En Barcelona, Can Tunis en Montjuïc, ha sido un mercado de la droga dramático, marginal, exento de condiciones higiénicas, como bien ha retratado el fotógrafo Sergio Reboredo⁵⁰

Los profesionales que atendían en una furgoneta a los consumidores de drogas con material de inyección no contaminado, se plantearon, en septiembre de 2001, ofrecer también la limitada intimidad del vehículo para el consumo. Publicaron los resultados en 2004¹⁷ y los autores del artículo hay que considerarlos como auténticos héroes y pioneros de la atención a consumidores de drogas y prevención de muertes por el consumo

agudo de drogas no legales. En el año 2003 se pone en marcha el Espacio de Venopunción Asistida en Can Tunis.

En 2003, coincidiendo con la clausura de Can Tunis, en SAPS Creu Roja Barcelona, se transformó un trastero en la primera sala de consumo estable de Barcelona^{12,13}. En Bilbao, en el mismo año se abre una sala de consumo supervisado en el Casco Viejo⁵¹.

En 2004, Anna Lago, Marc Moya, Albert Climent, Jordi Rodriguez, Chaterine Cedeño, Noelia Girona, Diego Aranega, Josep Rovira, Ester Aranda. Evolució i noves tendències d'ús de substàncies detectades des dels espais de consum supervisat de CAS Baluard. Barcelona LTJ29 se articula en el barrio del Raval (Barcelona) la Sala Baluard, un servicio de atención en reducción de daños que disponía de programa de intercambio de jeringuillas Espacio de Venopunción Asistida (EVA), espacio de *calor y café*, cobertura de necesidades básicas (higiene, ducha y complemento alimentación), programa de mantenimiento con metadona, atención sociosanitaria básica y atención comunitaria.

Durante los primeros años de funcionamiento se ofrecía una cobertura completa (24h). La mayoría de personas que acudían eran hombres, de origen español, en situación de exclusión social, que utilizaban cocaína, heroína y/o speed-ball vía inyectada. El 25,8% de las personas atendidas vivían en la calle y las mujeres representaban el 12,5% del total de accesos.

En la actualidad el CAS Baluard, Centro de Atención y Seguimiento en las Drogodependencias de la Agencia de Salud Pública de Barcelona (ASPB) dispone de sala para el uso de la vía inyectada y sala para el uso de la vía inhalada. La sustancia más utilizada es la cocaína, representa el 49,3% de los consumos registrados vía inyectada y el 40,4% de los consumos inhalados. En el caso de la vía parenteral la heroína es la sustancia menos utilizada (23,9%) y el speed-ball (heroína-cocaína) sigue teniendo una elevada presencia (26,2%). En relación a la vía inhalada a pesar de que la heroína sigue siendo la sustancia más utilizada (47,3%) se observa que se ha equiparado la distribución respecto a la cocaína (40,4%).

En los últimos años, Noelia Girona, Sonia González, Gemma Balaguer, Daniel Roca, Aingeru Rincón, Marina García, Anna Lago, Diego Aranega, Josep Rovira, Amaia Garrido Intervenció comunitària

45 Portal Plan Nacional sobre Drogas - Salas de inyección segura o de venopunción [Internet]. [cited 2020 Jul 25]. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/disminucionRiesgo/salas/home.htm>

46 Zador D, Lintzeris N, Van Der Waal R, Miller P, Metrebian N, Strang J. The fine line between harm reduction and harm production - Development of a clinical policy on femoral (groin) injecting. Eur Addict Res [Internet]. 2008 Oct [cited 2020 Sep 26];14(4):213-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18583919/>

47 Anoro M, Ilundain E, Santisteban O. Barcelona's Safer Injection Facility-EVA: A Harm Reduction Program Lacking Official Support. J Drug Issues [Internet]. 2003 Jul 3 [cited 2020 Jul 27];33(3):689-711. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002204260303300309>

48 Wood E, Spittal PM, Kerr T, Small W, Tyndall MW, O'Shaughnessy M V., et al. Requiring help injecting as a risk factor for HIV infection in the Vancouver epidemic: Implications for HIV prevention. Can J Public Heal [Internet]. 2003 [cited 2020 Sep 26];94(5):355-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14577743/>

49 O'Connell JM, Kerr T, Li K, Tyndall MW, Hogg RS, Montaner JS, et al. Requiring help injecting independently predicts incident HIV infection among injection drug users. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005 Sep 1;40(1):83-8.

50 Can Tunis. <http://www.sergioreboredo.com>

51 Thomas M. A drug consumption room in the Spanish Basque country [Internet]. Vol. 58, British Journal of General Practice. Royal College of General Practitioners; 2008 [cited 2020 Jul 25]. p. 810-1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2573983/>

en casos d'alta complexitat a Ciutat Vella. Barcelona LTJ36, se detecta un aumento en las personas usuarias que reportan uso de metanfetamina inhalada. Se hace necesario atender consumos que conllevan mayor tiempo de uso, mayor espera al acceso a las salas y el consecuente aumento del consumo en los espacios públicos, con incremento de las situaciones de violencia asociadas a psicosis, desestructuración en rutinas y hábitos.

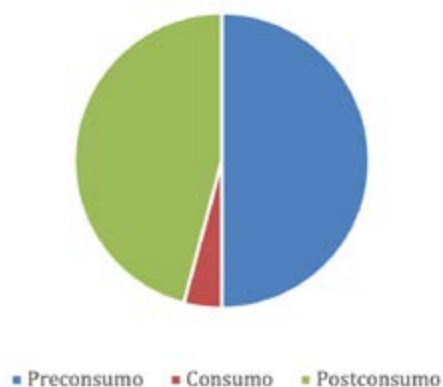
Es necesario hablar del tiempo en que la persona no consume. Rubén David Borrás Torres. Importància de 'Calor i Cafè' en el treball amb persones usuàries de drogues. La Mina LTJ37 lo definen con los interesantes conceptos pre y postconsumo. La suma del tiempo empleado en consumo y no consumo —mucho más extenso y, a menudo, sin conciencia clara de cómo llenarlo—, dan las 24 horas de la persona (Fig 8).

Los servicios ofrecen momentos de tranquilidad en las dependencias de *Calor y café* que, originariamente —SAPS— se denominó club. Esta denominación era también interesante porque hacía referencia a ser socio, miembro de un lugar.

Son “espacios de estar” habilitados en muchos de los servicios de atención a persona consumidoras, como gran posibilidad de acercamiento cultural, social y personal. Muy deseable que sean espacios dignos, que no por el hecho de dedicarse a personas en situación deprimida, las instalaciones estén degradadas. Estas zonas dedicadas a la tranquilidad y el descanso, a veces, la estructura ya no lo hace posible.

Figura 8. Cómo ocupar el día

Las 24 horas del consumidor



Noemí González. La Mina. Centre d'atenció a persones que fan ús de drogues LTJ38 recuerda el recorrido del Centro de atención a consumidores en la Mina. En 1994 comenzó la dispensación de material de inyección en la calle, luego un barracón, un centro

estable, el taller de venopunción en 2004 —en el que en la actualidad es posible consumir cualquier tipo de sustancia— y la integración en el CAP La Mina.

Es muy interesante esta ubicación que introduce a discutir si en todos los CAP podría haber consumo supervisado de drogas. Respondería a la no concentración de los servicios, introducción y conocimiento de las características del consumo, aproximación, recuperación de personas que no frecuentan los servicios que usa la población general y realizar una tarea complementaria, dentro de la faceta de la medicina comunitaria a los centros de atención a consumidores activos.

En Catalunya, en los primeros años de implantación de las salas de consumo en Catalunya, existía la tendencia a considerar que los lugares de desintoxicación y consumo debían estar separados para evitar la predisposición a la reincidencia de personas en fase de deshabituación. En 2010 se planteó que los centros de desintoxicación y deshabituación albergaran también una sala de consumo⁵² Esta novedad ha conllevado la aparición de nuevas salas de consumo, especialmente en Barcelona.⁵³

El resultado es una interesante dispersión, evitando macrocentros Joan Colom Abordatge de les substàncies no prescrites Avui i demà: Fòrum d'idees, persones i entitats LTJ1.

Sandra Agüelo, CAS Forum Sant Marti LTJ39 trata de la sala de Forum en Barcelona. Su descripción expresa la diversidad de las salas. Este es una de las pocas experiencias de ubicación en un centro hospitalario y sería muy positivo que todos los centros sanitarios, pudieran acoger áreas para el consumo inhalado e intravenoso -fumar no está permitido- fomentando seguridad y acercamiento. Abunda en la conveniencia de dispersión de dispositivos, evitando grandes centros de consumo.

Anna de Castro, Arrels Lleida LTJ40 explica en su ponencia que en su sala además de la supervisión se pueden realizar análisis de sangre. Proponen en el consumo de coca la preparación con bicarbonato en lugar de amoníaco y se entrega material de un solo uso a excepción de las pipas de vidrio que cada usuario limpia después de utilizarla. También se está desarrollando un

52 Parés-Badell O, Barbaglia G, Robinowitz N, Majó X, Torrens M, Espelt A, et al. Integration of harm reduction and treatment into care centres for substance use: The Barcelona model. Vol. 76, International Journal of Drug Policy. Elsevier B.V.; 2020. p. 102614.

53 Portal Plan Nacional sobre Drogas - Salas de inyección segura o de venopunción [Internet]. [cited 2020 Jul 25]. Available from: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/disminucionRiesgo/salas/home.htm>

proyecto dirigido exclusivamente a la mujer consumidora.

El bus de metadona o Metabus, Erick González. Meta-Bus LTJ41, data de 1992, en el que el Institut Genus —en la línea de otros programas de aproximación en ubicación, horarios y métodos de actuación— dió forma a un recurso de mantenimiento en metadona basado en la elevada demanda y el acercamiento de la institución a los usuarios.

Se había producido un embudo por la entrada masiva de personas a programas de sustitución de heroína por metadona, la lista de espera era de varios meses y la red de centros y otros dispositivos se adaptaba a la demanda.

Una de esas respuestas fue el Programa Lista de Espera (PLE) que desempeñaba el psiquiatra formado en Ginebra, Miquel del Río en el CAS de Junta de Comerç con valoración de los nuevos casos en menos de una semana.

El Meta-Bus es una Unidad Móvil de baja exigencia, la parte más flexible de nuestra red. que se ha ido adaptando a las personas en mantenimiento y a nuevas circunstancias o emergencias. En sus sucesivas paradas desde que comenzó el programa, la estimación es que el Bus ha recorrido 600.000 Kilómetros, atendiendo a una extensísima variedad de personas y casos.

Erick González. Meta-Bus LTJ41, aborda “la posibilidad de ofrecer un subprograma, de lo que se llama dispensación de dosis de cortesía o mínima. Asunto pendiente en Barcelona, desde hace muchísimos años. La unidad móvil por sus características, por sus horarios amplios, sería naturalmente el lugar en donde esto podría sostenerse. Esto, sería llevar las políticas de reducción de daños, en relación con la cuestión de la sustitución por metadona a su máxima expresión, en aquellos casos de personas que incluso no se encuentran en la red, inscritos, o que vienen de otros lugares sin ningún tipo de informe o verificación, y que con su simple demanda de tomar metadona, pueden recibir una cantidad, que no es de riesgo. No es algo que hasta ahora se haya podido tirar adelante. Vamos a ver si este es el momento. Nosotros estamos dispuestos”.

EL MERCADO DE LAS DROGAS

En la actual situación del consumo de drogas, los vendedores son necesarios. Es una frustrante confesión y expresión del fracaso: necesitamos a los vendedores, *dealers*, camellos. Es fatal para un sistema sanitario, social saber que si desaparecieran los traficantes de

drogas y, con ello, los vendedores finales, habría una situación de colapso. Que nos obligaría a tomar medidas —que hoy por hoy no tomamos— y quién sabe si serían beneficiosas a medio y largo plazo para nuestro consumidores.

Expertos en espacios de consumo Rafa Clua, Guillaume Dumont. “Narcopisos”: A propósito de los pisos de venta y consumo de drogas LTJ42 hacen una detallada explicación de la estructura y organización de estos pisos, de imposible acceso a las personas no consumidoras y corroboran las causas de su persistencia.

Argumentan, también, que la presión policial sobre el espacio público ha favorecido el consumo oculto en las casas de los traficantes. Con lo que el análisis racional del sistema público ha de evitar políticas de “ojos que no ven”. Es decir, que no nos preocupe dónde consuman, siempre que no sea en la calle. Dani Pajuelo, Silvia Marqués. Consumo de drogas en la calle LTJ43 abordan el consumo en la calle, la conveniencia de adjuntar la perspectiva de género e intercultural. Advierten que muchas mujeres usuarias de drogas manifiestan no sentirse cómodas en los actuales espacios de reducción de daños. Recuerdan que la mayoría de las personas a las que se atiende desde los equipos se encuentran en situación de calle, por lo que no es infrecuente que consuman en su hábitat.

Sin duda va a ayudar la dispersión de las salas de consumo. Adecuar más espacios al consumo fumado, actualizar las normas, abordar la incomodidad, la masificación, reflexionar sobre espacios al aire libre en la línea de la alegalidad de las primeras salas de consumo inyectado.

Las actuaciones dirigidas a torpedear el tráfico de sustancias no legales desde los puntos de origen hasta nuestras calles pueden responder a la teoría de que sin drogas, no hay consumidores. Pero la observación revela que siguen habiendo ciudadanos, pacientes que dependen del diario suministro y que el negocio del tráfico es floreciente.

Las acciones policiales no son suficientes.

Figura 9. Mercado legal e ilegal



Un estudio muestra la superior efectividad de las salas de 24 horas de funcionamiento frente a las de 17 horas. La apertura por la noche permite acceder a personas sin domicilio, a más cuyas visitas son más que durante el día y se ha detectado también por la noche riesgo de sobredosis por heroína.⁵⁴

A pesar de que el estudio está realizado en Barcelona con participación de autores de la Agència de Salut Pública de Barcelona en la actualidad, en la ciudad no hay ninguna atención a consumidores de drogas, más allá de las 21 horas.

En ocasiones, cuando enseñamos o hablamos de nuestras salas de consumo, visitantes de otras latitudes nos preguntan por qué estos dispositivos de reconocida eficacia⁵⁵ en la disminución de muertes en personas jóvenes no se dan en otras partes de España. Y por qué no hay salas de consumo a partir de las 21 horas. Los más audaces llegan a preguntar qué hacemos los más convencidos por divulgar este elemento que puede evitar muertes, huyendo de la tendencia a la complacencia, de lo que ya se ha hecho⁵⁶. Mientras haya muertes e infecciones por consumo de drogas o consumo sin compañía, no se habrá hecho suficiente.

ACCIONES COMUNITARIAS. DEPORTE, CULTURA, ARTE

Son muy importantes las acciones comunitarias de deporte, desarrollo intelectual, arte, estudio para personas que en la calle tienen tanto tiempo libre.

Diferentes ponencias informan de actividades comunitarias durante ingresos en instituciones y propuestas a personas en el proceso de dejar el consumo. Pero hay que considerarlas también en consumidores activos en el espacio del pre y postconsumo, David Borrás (LTJ 4), el que supone la mayor parte del día.

Tabla 10. Acciones comunitarias

LTJ44 Eduardo Torras Híjar Sport Live
LTJ45 Bibliotecas. Montserrat Espuga Les biblioteques públiques som un actiu de salut, ho sap tothom?
LTJ46 Blanca Gimeno. Alterarte
LTJ47 Pep Pitart. Centre Ocupacional Servim.
LTJ48 Mercè Fullà, Sandra Comas, Jordi Fornell, Neus Llop, Ariana Gelón, Elm Perna. Grup focal amb persones en consum actiu de la comunitat georgiana.
LTJ49 Use Expósito, Nico Piñero, Claudia Pérez Rosales. Programa para la mediación de conflictos en consumidores activos
LT50 M Gabriela Barbaglia. Estudi exploratori dels determinants de violència en un servei de reducció de danys de Ciutat Vella i en el seu entorn comunitari.
LTJ51 Jordi Parramón i Quim Gómez. CATNPUD
LTJ52 M Bosch Aris, L Gasulla i Suriol, T De Gispert Arnó, L Segura Garcia, J Colom i Farran. Impacte de la pandèmia de covid-19 als serveis de reducció de danys: percepcions d' usuaris i professionals.

Eduardo Torras Híjar Sport Live LTJ44 comenta que la OMS recomienda el ejercicio físico “La incorporación de programas de ejercicio y deporte para consumidores de drogas es una excelente herramienta para la mejora de la salud”.

En esta línea es interesante la experiencia del Gimnasio Social Sant Pau, basada en la responsabilidad que toda empresa tiene con su territorio. Proviene de los Baños Populares de Barcelona, construidos por Aguas de Barcelona, en 1940, de titularidad municipal. Los vecinos podían ir a ducharse por una peseta y por una peseta y media tenían también acceso a la primera piscina con cloro en Barcelona.

Contribuía a disminuir infecciones entre la gente del Raval y a mitigar epidemias como la de tifus que sufrió la ciudad en 1914.

Con el paso del tiempo, los vecinos del Raval incorporaron baños en las casas y el proyecto de Baños Públicos fue perdiendo sentido. En 2012 los trabajadores se hacen cargo de la empresa con un espacio seguro y de igualdad donde no sabes si la compañera de boxeo con la que tienes tan buena relación tiene una segunda residencia y tres coches, o está durmiendo en la calle. El Gimnasio Social Sant Pau ha vuelto a sus orígenes, al servicio de las personas más desfavorecidas de la ciudad ofreciendo servicio de ducha, cambio de ropa, reparto de comidas, mascarillas, recarga de aparatos electrónicos.⁵⁷

En julio de 2021 la revista The Lancet mostraba los beneficios de la actividad física en enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, salud mental, sueño, prevención

54 Montero-Moraga JM, Garrido-Albaina A, Barbaglia MG, Gotsens M, Aranega D, Espelt A, et al. Impact of 24-hour schedule of a drug consumption room on service use and number of non-fatal overdoses. A quasiexperimental study in Barcelona. Int J Drug Policy. 2020 Jul 1;81.

55 Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas Tendencias y novedades. 2019 [cited 2020 Jul 25]; Available from: www.emcdda.europa.eu

56 De La Fuente L, Brugal T, Domingo-Salvany A, Bravo M, M N-LM, G B. MÁS DE TREINTA AÑOS DE DROGAS ILEGALES EN ESPAÑA: UNA AMARGA HISTORIA CON ALGUNOS CONSEJOS PARA EL FUTURO (*). Vol. 80, Rev Esp Salud Pública. 2006

57 Gimnasio Social Sant Pau. <https://gimnassocialsantpau.com/es/historia> (Consultado 25-8-24)

de caídas⁵⁸ Otra experiencia permite a médicos de la zona de Montreal entregar a sus pacientes hasta 50 recetas de visitas a museos gratuitas⁵⁹.

Prescriba ejercicio se propone como un medicamento más y diferente. Los médicos británicos recomiendan lectura a jóvenes con ansiedad o depresión en el programa Reading Well for Young People⁶⁰.

Esta recomendación a la lectura viene bien definida por la ponencia de Montserrat Espuga, Directora de la Biblioteca Font de la Mina de Sant Adrià de Besòs, Montserrat Espuga Les biblioteques publiques som un actiu de salut, ho sap tothom? LTJ45. Nos facilita una maravillosa relación de posibilidades de colaboración.

Asesoramiento de las personas, la revisión de los protocolos de las propias biblioteca, desarrollar acciones con otras asociaciones, así como diversas experiencias alrededor del mundo. Políticas de acercamiento allí donde se encuentran personas que viven en la calle, cursos adecuados a sus necesidades, servicio de consignación de las pertenencias

Comenta la directora que en muchas de las personas que atienden coinciden el consumo de drogas con la marginalidad y situación socialmente deprimida. Pero son igualmente bienvenidos a la biblioteca.

En las últimas dos décadas, más de 3.000 estudios documentados en el *Health evidence network synthesis report* 67 identifican un importante papel de las artes en la promoción de la salud y tratamiento de la enfermedad.⁶¹

En diferentes ponencias se ha hecho referencia a las posibilidades que el arte ofrece en el desarrollo en salud de las personas y se han presentado diversas experiencias.

Blanca Gimeno. Alterarte LTJ46, psicóloga y coordinadora de Alterarte, nos ha facilitado muchas de las ilustraciones que nos acompañan. En julio de 2021 la revista The Lancet mostraba los beneficios de la actividad física en enfermedades cardíacas, diabetes, cáncer, salud mental, sueño, prevención de caídas⁶² Cuenta

que se inició como una actividad artística de centro de día para personas con problemas de salud mental, vía de expresión y oportunidad para realizar exposiciones y mostrar las obras al público.

Se pueden constatar los beneficios de trabajar en el ámbito artístico no sólo desde la arteterapia, sino de entender el arte como un acto creativo y reflexivo que nos permite cambiar los puntos de vista, conocer otras perspectivas y relacionarnos de formas diferentes.

Las personas usuarias pueden desarrollar su rol de artistas, en todas sus vertientes. Aprendizaje y práctica de nuevas técnicas artísticas, conocer los recursos artísticos que ofrece la comunidad, realización de exposiciones.

Permite mejorar la autoestima, la seguridad o la capacidad de relacionarse. Utilizar la práctica artística como canal de inclusión comunitaria y creación de una identidad colectiva. Sensibilizar a la comunidad y luchar contra el estigma hacia los colectivos de los que forman parte los artistas.

Pep Pitart. Centre Ocupacional Servim. LTJ47 desarrolla el taller Canta la Vida donde los participantes pueden expresar su sensibilidad artística a través de la música, tocando un instrumento o cantando. Está guiado y asesorado por dos músicos voluntarios que fueron estudiantes en prácticas de Educación Social e Integración Social respectivamente. Preparan y adaptan temas musicales para ser interpretados.

Dentro de las experiencias comunitarias va a ser importante conocer mejor las personas a partir de trabajos en grupo.⁶³ Mercè Fullà, Sandra Comas, Jordi Fornell, Neus Llop, Ariana Gelón, Elm Perna. Grup focal amb persones en consum actiu de la comunitat georgiana LTJ48, tras la constatación del aumento de personas georgianas en consumo activo en la provincia de Barcelona durante el período 2018-2021, plantean un grupo focal para recopilar información de este colectivo y conocer mejor sus necesidades.

Los servicios de atención a consumidores activos de reducción de daños o REDAN llevan treinta ofreciendo espacios de descanso, seguridad y confianza. Use Expósito, Nico Piñeiro, Claudia Pérez Rosales. Programa para la mediación de conflictos en consumidores activos LTJ49 señalan los riesgos del paternalismo por un lado y la carencia de la mirada de las personas a las que se atiende, por otro.

58 The Lancet. A sporting chance: physical activity as part of everyday life. Lancet 2021;398:365. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01652-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01652-4).

59 Los médicos canadienses prescribirán visitas al museo como tratamiento - La piedra de Sísifo s. f. <https://lapiedradesisifo.com/2018/11/03/los-medicos-canadienses-prescribiran-visitas-al-museo-como-tratamiento/> (Consultado 25-8-24)

60 Young people's mental health | Reading Well booklists | Books | Reading Well s. f. <https://reading-well.org.uk/books/books-on-prescription/young-people-mental-health> (accedido 7 de agosto de 2022).

61 Fancourt D, Finn S. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? What is Evid role arts Improv Heal well-being? A scoping Rev 2019.

62 The Lancet. A sporting chance: physical activity as part of everyday life. Lancet 2021;398:365. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01652-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01652-4).

63 González M, Cebrián S, Nadal C, Sala L, Vall-Llosera A, Delás J. Ciudadanos del este de Europa consumidores de drogas en Barcelona [Injecting drug users from Eastern Europe in Barcelona, Spain]. Gac Sanit. 2003 May-Jun;17(3):256-8. Spanish. doi: 10.1016/s0213-9111(03)71736-1. PMID: 12841989.

Recuerdan que las situaciones de conflicto se producen, principalmente dentro de los servicios. Las normas habituales son no violencia, no consumo en zonas no permitidas y no tráfico de drogas. Pero, frecuentemente los conflictos aparecen por aspectos de limpieza, mantenimiento del orden, problemas menores, quizás evitables.

En los treinta años transcurridos han cambiado las sustancias, vías de consumo e incluso expectativas de los cronificados consumidores. El policonsumo y sus interacciones tampoco llaman a la calma.

La experiencia acumulada llevaría a diseñar de forma muy distinta los espacios. Muchos usuarios los han abandonado y consumen preferentemente en la calle. No es desdeñable buscar zonas exteriores, preservadas de bullicio vecinal, donde encontrar la tranquilidad y confort inicialmente planteado.

Los autores abordan el castigo y la expulsión en el curso del conflicto. La expulsión ha de ser muy meditada y consensuada y supone el cese de la relación y trabajo iniciado con la persona. En todo caso, ha de persistir algún nexo para el seguimiento de la persona expulsada. No se debe interrumpir la atención sanitaria y poco el liderazgo emocional ha de tener su papel.

Terminan los autores con una llamada a la mediación y abordar los conflictos de manera que supongan una oportunidad de aprendizaje, de cohesión social y de construir comunidad.

María Gabriela Barbaglia. Estudi exploratori dels determinants de les conductes violentes en un servei de reducció de danys de Ciutat Vella i en el seu entorn comunitari LTJ50 comenta cómo el cierre de pisos de venta por parte de la policía da lugar al aumento de la demanda a los servicios de drogas. Genera tensión con impacto en el entorno comunitario más cercano. En análisis de la situación dio lugar a medidas de mejora como aumento del número de plazas de consumo inhalado, cursos de formación.

VENDEDORES, DEALERS, LA COMPETENCIA DE LOS PISOS DE CONSUMO

No podemos trabajar con los vendedores. Quizás tiempo atrás hubiera sido posible, pero, ahora y en general, no se trata de “profesionales” que cuidan a sus clientes. Suelen recurrir a “empleados” atrapados en el consumo como “expertos”.

Hubo un tiempo en que se intentó compartir con los camellos la voluntad de mantener en salud a los consumidores. El sistema legal, por encargo mismo de

la sociedad, los *dealers* para preservar su clientela. Pero, no es posible. Contamos con un entramado de notable violencia y escasa preocupación ante transmisión de enfermedades o prevención y tratamiento de las intoxicaciones.

Solo nos queda organizarnos para un utópico plan de Cero-mercado-ilegal de sustancias. Para ello conviene una conciencia de confrontación: queremos a los consumidores en nuestro paraguas legal para que no estén en el mercado ilegal, donde se compra al contado, el dinero es real y —sin trabajo remunerado—, se ha de conseguir con una estela de acciones lesivas para las personas.

Todos los que formamos parte del mercado legal hemos de impedir la marcha de nuestros atendidos hacia el otro mercado, el ilegal. Expulsiones, trato poco amable, normas no siempre revisadas, oportunas ni fáciles facilitan el paso al mercado ilegal, abierto las 24 horas del día, sin festivos, ni expulsiones, siempre y cuando se cuente con dinero.

Nos hemos de sentir parte de un todo, con objetivos y estrategias claras, por encima de nuestra propia manera de ver las cosas o nuestro concepto de las reglas y de la autoridad. Es muy importante la formación, la supervisión y orientación y contar con profesionales senior para desarrollar a profesionales junior. Como decía la psiquiatra y experta en educación Wilma Penzo, no se pueden tomar decisiones aprendidas únicamente en el vientre de la madre. Las decisiones no deben ser individuales, viscerales, irreflexivas y no contrastadas con evidencias.

Podemos aceptar como mal menor la compra a vendedores ilegales, pero no que consuman con ellos, en las condiciones actuales.

Las personas consumen drogas no legales en su domicilio, en la calle, en pisos de consumo, en salas tuteladas. La presión vecinal tiende a que no se consuma en la calle, la presión de los profesionales de la educación y del campo social y sanitario ha de promover que no se consuma en los pisos de consumo. Con lo cual hemos de analizar pisos versus salas, pisos versus la calle, la calle versus nuestras salas de consumo.

Cuando preguntamos a nuestros atendidos por qué prefieren los pisos de ventas a nuestras salas nos dan múltiples explicaciones que nos han de llevar a desarrollar modificaciones también plurales y sistémica. Una primera es la inmediatez. Consumen rápidamente después de haber comprado y el lugar más cercano es el punto de venta. Aceptan reglas menos normativas, inaceptables en las salas supervisadas por sanitarios. Que se hallan llenas y en las que hay que esperar.

Desde el punto de vista de la seguridad, el consumo inyectado hace más demandada la sala, pero no tanto para el consumo fumado —en auge— donde no hace falta ayuda para hallar la vena, ni hay tanta sensación de riesgo.

VIOLENCIA

María Gabriela Barbaglia. Estudi exploratori dels determinants de les conductes violentes en un servei de reducció de danys de Ciutat Vella i en el seu entorn comunitari LTJ50 trata el desgaste profesional, los déficits de los dispositivos al servicio de los consumidores, a menudo reducidos, incómodos y también la presencia de enfermedad mental asociada al consumo de drogas.

Hay violencia hacia las personas que están en la calle. Individual, grupal, pero también institucional. Como ignorar las necesidades de quien no tiene casa, la obligación de desplazarse sin ulterior destino o que les sean lanzados a la basura objetos o documentos importantes. Pero también hay violencia de las personas en la calle.

1. En parte facilitadas por el contexto. Las reglas son diferentes y es necesario defenderse.
2. Derivada de robos con violencia
3. Disputas entre personas y grupos diferenciados
4. Disputas vinculadas al tráfico de drogas, por el mercado, por deudas
5. Agresiones sexuales
6. Ocasionada por trastorno mental grave.

Este último es llamativo para el sistema sanitario porque implica, a menudo, falta de tratamiento o, incluso, de diagnóstico.

Ante la sospecha de agitación en una persona por trastorno mental cabe la abstención, la intervención. Lo más razonable sería considerar si tiene lugar el tratamiento y medicación psiquiátrica. Es un tema actual de debate el ingreso involuntario. No es deseable, pero tampoco la inhibición frente a personas con trastorno mental severo que sufre y pone en riesgo a otras personas.

TRASTORNO MENTAL SEVERO EN PERSONAS EN LA CALLE

Estimaciones compartidas con psiquiatras de primera línea, llevan a pensar que un 10% de la población tienen trastorno mental severo. Por encima del porcentaje —alrededor del 1%— en la población general.

Así, en una población con 1500 personas en la calle es estimable que entre 100 o 150 personas tengan un importante problema psiquiátrico sin garantías de seguir tratamiento.

Pueden haber diferentes estimaciones en relación a estas cifras, pero es indudable que existe un buen número de personas en nuestras calles con trastornos de conducta que acuden a centros y personal de primera línea, en lugar de servicios especializados. Recibiendo normas y recomendaciones, en lugar de abordaje psiquiátrico y psicológico.

El debate no se limita al consumo de drogas⁶⁴. Se introduce de ingreso involuntario, de un periodo de dos, tres semanas para intentar diagnóstico y tratamiento como alternativa a la libre evolución de la sintomatología.

Para personas que sí se plantean la ocupación, Pep Pitart. Centre Ocupacional Servim LTJ47 presenta su lema que resume la experiencia de su centro: las personas se entienden haciendo cosas juntas. Pocas cosas hay menos agradables que levantarse un día y otro sin saber qué hacer ni a dónde ir. En los más de 20 años de su experiencia, mantienen la esencia de acompañar, satisfacer necesidades básicas y esenciales: techo, alimentación y empleo, diferenciado del concepto trabajo. Lo entienden como una tarea a realizar entre pares y profesionales desde la aceptación y no penalización del consumo. En un espacio interactivo, terapéutico de baja exigencia, donde se propone un acompañamiento integral, nada dirigista y con perspectiva comunitaria a —excelente concepto— personas con dificultades asociadas al consumo de drogas.

Serían deseables más y más influyentes asociaciones de usuarios de drogas. Con papel importante en las reivindicaciones sobre el consumo y en la asistencia que se presta. Cabe recordar la exitosa movilización en 2015 de las asociaciones de personas con hepatitis C, para la agilización de los tratamientos.⁶⁵

A imagen de la francesa asociación ASUD⁶⁶ creada en 1995, se creó ASUT⁶⁷ en Barcelona, la asociación

64 López Tovar A. Médicos y familias y médicos abogan por ingresos involuntarios en trastornos mentales. La Vanguardia 10-7-25, pg 22

65 La Vanguardia. <https://www.lavanguardia.com/local/madrid/20150110/54422498468/manifestacion-hepatitis-c-madrid.html> (Consultado 25-8-24)

66 ASUD <https://www.facebook.com/ASUDMARSEILLE/> (Consultado 25-8-24)

67 Bechich S, Martínez M, Llorella G, Rodés A, De Andrés M, Delás J. RECOJE: recogida comunitaria de jeringas por usuarios de drogas por vía parenteral como complemento a los programas de intercambio [Community collection of syringes by parenteral drug users complementary to syringe exchange programs]. Gac Sanit. 2001 Jul-Aug;15(4):353-5. Spanish. doi: 10.1016/s0213-9111(01)71580-4. PMID: 11578566

somos útiles, con actuaciones, entre otras en Can Tunis.⁶⁸ ARSU —1999—, en Reus,⁶⁹ AUPA'M, AUMMO^{70,71}, APDO y a nivel estatal FAUDAS (Federación estatal de Asociaciones de Personas afectadas por las drogas y el VIH)

CATNPUD (Spanish Network of People Use Drugs)⁷² es una red creada el 2 de marzo de 2016 en Barcelona y formada por personas usuarias de drogas y organizaciones afines. CATNPUD forma parte de la red europea de usuarios de drogas EURONPUD (Eu-ropean Network of People who Use Drugs).

Jordi Parramón i Quim Gómez. CAT PUB LTJ 51 informan que la declaración de Vancouver para los derechos de las personas usuarias de drogas es la base ideológica y la filosofía de la Red.

“Queremos fomentar la acción colectiva y desarrollar iniciativas de visibilización y transformación social, estableciendo un marco organizativo de apoyo para fortalecer la capacidad de organización de las personas usuarias de drogas en toda Cataluña, participar en la reforma para unas políticas de drogas más justas y eficaces (como por ejemplo garantizar servicios públicos de reducción de daños y riesgos, o la regulación del mercado ilícito de sustancias) así como acabar con el estigma social que el consumo de drogas supone”.

M Bosch Aris, L Gasulla i Suriol, T De Gispert Arnó, L Segura Garcia, J Colom i Farran. Impacte de la pandèmia de covid-19 als serveis de reducció de danys: percepcions d' usuaris i professionals LTJ52 comentan que el período de confinamiento por Covid puso aún más de relevancia necesidades básicas (techo y alimentación) de las personas usuarias de drogas no cubiertas y muy evidentes desigualdades socioeconómicas existentes.

El acceso a las sustancias de consumo fue más difícil, pero no hubo interrupción de suministros ni varió significativamente la pureza de las sustancias a consumir. El aumento de la vía inhalada ya se observaba anteriormente.

El mercado ilegal se mantuvo. Por parte del sistema legal, hubo adecuado acceso al material no contaminado y a los inicios de tratamiento. Uno de los grandes

avances fue la creación de un centro residencial donde se permite el consumo.

ESPACIOS SEGUROS PARA MUJERES Y PERSONAS DE GÉNERO NO BINARIO

Tabla 11. Espacios seguros para mujeres y personas de género no binario

LTJ53 Aura Roig Forteza. Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, encarem el trauma
LTJ54 Sara Ferrando, Antoni Llorc, Tre Borràs. DonARSU_TOT
LTJ40 Anna de Castro. Arrels Lleida
LTJ47 Pep Pitart. Centre Ocupacional Servim.
LTJ55 Noemí Aguila Morales. Experiencias de las mujeres consumidoras de drogas en tratamiento ambulatorio en un CAS [Calella]
LTJ56 T Borràs, A Llorc, S Ferrando, Ch Sion. The green witch project: Cànnabis com a estratègia terapèutica i de reducció de danys i riscos en el consum d'altres substàncies amb veu de dona.

Aura Roig Forteza. Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, encarem el trauma LTJ53 explica que estudios realizados en servicios de reducción de daños muestran que las mujeres y personas de género no binario que usan drogas representan no más de un 15% de la población atendida. No son servicios hechos a su medida, ni atienden parte importante de sus necesidades específicas.

Cuando en 2016 se crea la XADUD —Xarxa de Dones que usen Drogues, Red de Mujeres que Usen Drogues—⁷³, se pone de manifiesto que todas las que participan están atravesadas por múltiples situaciones de violencia y vulnerabilidad: malestares de salud mental, procesos migratorios durísimos, encarcelamiento, aislamiento, ejercer sexo por supervivencia, institucionalización infantil, pérdida de custodia de hijos, sinhogarismo; haber sufrido machismo, sexismo, lgtbifobia, racismo, capacitismo, putofobia, aporofobia.

Ese mismo año, en medio de la controversia sobre los llamados “narcopisos”, apartamentos para la compra de drogas ilegales, el estigma que pesa sobre las personas que consumen drogas, y en particular sobre las mujeres, aumentó.

Aura Roig Forteza. Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, encarem el trauma LTJ53 incide una vez más en el consumo en pisos de compra-

68 <https://www.youtube.com/watch?v=A62JQJ4KPoU&list=PLQN-zEahANDOPjYVsQOnsIiIU6oGnXoEO&index=1&t=76s>. (Consultado 25-8-24)

69 ARSU. <https://www.arsu.es/> (Consultado 25-8-24)

70 AUMMO. <https://aummo.wordpress.com/acerca-de/> (Consultado 25-8-24)

71 AUMMO <https://www.sidastudi.org/es/registro/ff808081847673a-00184c343af3b295d?text=AUMMO&search=simple> (Consultado 25-8-24)

72 CATNPUD. <https://catnpud.org/> (Consultado 25-8-24)

73 Fundació Àmbit Prevenció i CEEISCAT (2017), Acceptabilitat i viabilitat d'un estudi d'intervenció basada en estratègies d'apoderament i enfoc de gènere per tal de disminuir els danys associats al consum de drogues. XADUD, Xarxa de Dones que Usen Drogues, http://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/vihsida-its/05_CEEISCAT/publicacions-cientifiques/informes/Informe_XADUD_.pdf

venta frente a espacios legales (Tabla 12). Argumenta que al preguntarles por qué, a pesar de todo, seguían acudiendo a los pisos, muchas coincidieron en que preferían hacerlo allí que en público. Los apartamentos están abiertos las 24 horas, las mujeres también pueden pernoctar, ejercer el trabajo sexual o el sexo transaccional, así como obtener ingresos trabajando en la cadena de custodia, la preparación y/o la venta de sustancias. Algunas señalan que la lógica asistencialista o medicalizadora de las salas de consumo supervisado no siempre respeta sus ritmos y rituales de consumo. Muchos no permiten compartir, tienen limitaciones de tiempo u otros protocolos y normas que no se adaptan a sus preferencias. Y es en este contexto nació Metzineres, buscando satisfacer las necesidades y demandas más inmediatas de los activistas de XADUD⁷⁴.

Metzineres, Aura Roig Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, encarem el trauma LTJ. se define como la primera cooperativa sin ánimo de lucro dirigida a desplegar Entornos de Cobijo, exclusivos para mujeres cis, trans y personas de género no binario. Representan no más de un 15% de la población atendida. No cuentan con servicios hechos a su medida, ni atienden parte importante de sus necesidades específicas. A menudo tampoco representan espacios seguros para ellas.

En octubre de 2017 abre un pequeño garaje doble, con el objetivo de tener un sitio donde guarecerse, estar tranquilas, descansar durante el día y desplegar complicidades, solidaridad y soporte mutuo. También dónde cubrir necesidades básicas, entre ellas el consumo en condiciones higiénicas y de seguridad. En este sentido, aunque no se define como sala de consumo supervisado ni como centro de reducción de daños, incorpora la reducción de daños entre sus miradas, junto con el feminismo desde una perspectiva interseccionales y los derechos humanos. El objetivo ante este contexto es reducir las causas estructurales de exclusión, hacer activismo y no limitarnos al asistencialismo.

Tabla 12. Abordaje del consumo en pisos de compraventa frente a espacios legales

LTJ42 Rafa Clua, Guillaume Dumont. "Narcopisos": A propósito de los pisos de venta y consumo de drogas.
LTJ43 Dani Pajuelo, Silvia Marqués. Consumo de drogas en la calle.
LTJ53 Aura Roig Forteza. Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, encarem el trauma

En todos los estudios sobre consumo de drogas, se hace referencia a la mayor prevalencia de hombres sobre mujeres. Noemi Águila Seguint de dones en consum actiu. CAS Calella LTJ55 destaca que en los estudios sobre drogodependencias las experiencias de los hombres han sido predominantes, dejando en un plano invisible el género como factor específico de la influencia en el consumo. Trata las limitaciones del tratamiento como falta de atención, sobremedicalización y falta de "eficacia" de los fármacos, la ausencia de individualización de los programas, el estigma percibido, así como los cambios constantes de referentes terapéuticos y el sexo de éstos. Por lo tanto, en general las mujeres se sienten desamparadas y desprotegidas.

Entre otros motivos, esto ha ocasionado el androcentrismo imperante en los servicios de atención a las drogodependencias. Una reacción lógica ha sido la creación de espacios específicos para mujeres y personas de género no binario.

A partir entrevistas a 16 mujeres, las usuarias proponen mayor atención, mayor asiduidad de las sesiones terapéuticas, más soporte en momentos de crisis (por ejemplo, a través de un recurso telefónico de emergencia), la creación de más grupos de apoyo y/o terapéuticos (de mujeres, especialmente), un seguimiento "indefinido" y, por último, intervenciones con y en la familia. Así como crear recursos que aboguen por abordaje simultáneo de la co-ocurrencia de la adicción, la violencia y los problemas de salud mental de las mujeres.

La necesidad de espacios seguros para mujeres y personas de género no binario pueden derivar de la necesidad. Sara Ferrando, Antoni Llor, Tre Borràs. DonARSU_TOT LTJ54 proponen un espacio de encuentro específico para mujeres en consumo activo que quieren compartir experiencias, descargar la angustia y el sentimiento de culpabilidad generado por el consumo de drogas, empoderarse y lograr seguridad para romper con los procesos de estigmatización.

Presentan "El Taller de mujeres" un espacio de apoyo y escucha activa para mujeres que se encuentran en situación de riesgo de exclusión social, que están en consumo activo y que aún no se han dirigido a ningún servicio o tienen dificultades de adherencia a los tratamientos por desconfianza o miedo a una posible retirada de las funciones tutelares de sus hijos o hijas por encontrarse en situación administrativa irregular, desempeñar trabajo sexual y/o identificarse con el colectivo LGTBIQ.

Apuntan la escasa ayuda para asumir la maternidad en situaciones difíciles y el percibido riesgo de la tutela

74 Roig A "Metzineres: Cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias" a Dejusticia et al. (2019) Enfoques innovadores frente a las leyes en materia de drogas y encarcelamiento <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/15-Metzineres.pdf>

de sus hijos. El grupo responde a la necesidad de alquilar habitaciones de manera puntual para que las mujeres y su criaturas puedan estar en espacios seguros mientras se busca salida a situaciones de emergencia. Una de las posibilidades que se plantean es la creación de un grupo de mujeres para realizar “canguros”. Concluyen que son muchos los proyectos diseñados y conseguidos.

En Lleida, Anna de Castro. Arrels Lleida LTJ40 se está desarrollando un proyecto dirigido exclusivamente a la mujer consumidora.

Pep Pitart. Centre de Dia SERVIM LTJ LTJ47 resalta que últimamente se ha incrementado la demanda de espacios para mujeres y que para dar respuesta a esta necesidad desde un planteamiento interseccional se ha incorporado un espacio de empoderamiento no mixto, Aide Dona, para fortalecer su presencia en el grupo heterogéneo. Este planteamiento está revestido de crecimiento personal, compartir experiencias, saberes y aprendizajes y, en definitiva, sororidad entre profesionales.

Es frecuente la referencia al teléfono. Una usuaria, recientemente, declaraba que las mujeres necesitamos un teléfono y, por otro lado, nos dura poco. Nos lo roban enseguida, somos presa fácil.

Es muy importante definir recorridos seguros. Muchas mujeres no salen del barrio donde trabajan, consumen e intentan descansar. Se hace difícil marcar distancias, siempre en el mismo ámbito y debiendo recurrir a las mismas personas para acabar consumiendo.

Hay que conseguir espacios asistenciales seguros y también que lo sea la calle, con recorridos seguros, seguros lugares donde descansar, lugares del barrio -farmacia, biblioteca, centros de salud- donde poder acudir para resguardarse y avisar de situaciones de riesgo.

19 mujeres T Borràs, A Llorc, S Ferrando, Ch Sion. The green witch project: Cànnabis com a estratègia terapèutica i de reducció de danys i riscos en el consum d'altres substàncies amb veu de dona. LT56 explican desde su experiencia cómo el cannabis funciona como tratamiento alternativo a los daños y riesgos que pueden ocasionar los usos de otras sustancias.

Heroína tiene tratamientos sustitutivos, no así otras sustancias como cocaína -crack-, metanfetaminas. Por ello estos intentos de encontrar alternativas.

Algunos equipos han explorado la utilización de medicamentos registrados para una disminución o sustitución del consumo de metanfetaminas.

Cabe decir que ninguno de estos medicamentos tiene la indicación de tratamiento sustitutivo.

Tabla 13. Medicamentos planteados para una disminución o sustitución del consumo de metanfetaminas. Ninguno tiene la indicación de tratamiento sustitutivo.

Elvanse® 30mgs, 50mgs, 70mgs. Lisdexanfetamina dimesilato. Está indicado como parte de un programa de tratamiento integral para el Trastorno por Déficit de Atención - Hiperactividad (TDAH) en niños a partir de 6 años, cuando la respuesta al tratamiento previo con metilfenidato se considere clínicamente inadecuada. En adolescentes cuyos síntomas persistan hasta la edad adulta y que hayan mostrado claro beneficio al tratamiento, puede ser adecuado continuar con el tratamiento en la edad adulta.⁷⁵

La dosis de inicio es 30 mg una vez al día por la mañana. Puede aumentarse en incrementos de 20 mg a intervalos de aproximadamente una semana. Debe administrarse por vía oral a la dosis efectiva más baja. La dosis máxima recomendada es de 70 mg/día; dosis superiores no se han estudiado.

Concerta®, Ritalin, Metilfenidato⁷⁶, Medikinet⁷⁷ [3]

Su composición es Metilfenidato, hidrocloreto. Se utiliza para tratar “el trastorno por déficit de atención con hiperactividad” (TDAH). Se utiliza en niños a partir de 6 años y en adultos. Solo tras haber probado antes tratamientos que no incluyan medicamentos, tales como la terapia de comportamiento y asesoramiento. Es importante saber si existen antecedentes familiares de muerte súbita inexplicable. El alcohol puede agravar los efectos adversos de este medicamento. puede ser peligroso realizar ciertas actividades como conducir, manejar máquinas, montar en bicicleta o a caballo o trepar a los árboles. a dosis inicial recomendada es 18 mg al día. La dosis máxima diaria es 72 mg en adultos.⁷⁸

Efedrina. El hidrocloreto de efedrina es un estimulante de receptores adrenérgicos alfa y beta, que actúa como broncodilatador. Puede ocasionar ansiedad, insomnio, dolor de cabeza y mareo. Temblores y debilidad muscular. Taquicardia y palpitaciones dolor precordial. Náuseas, vómitos y sequedad de boca. Retención urinaria.⁷⁹

Tabla 6. Espacios más seguros para mujeres y personas de género no binario

Noemí Aguila Seguiment de dones en consum actiu LTJ
Sara Ferrando, Antoni Llorc, Tre Borràs. DonARSU_TOT LTJ
Anna de Castro, Arrels Lleida LTJ

Centre d'ocupació Aide Dona. Pep Pitart. Centre de Dia SERVIM. LTJ
Aura Roig Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, en-
carem el trauma LTJ

75 https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/77642/FT_77642.html

76 https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/75518/FT_75518.html

77 https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/68542/FT_68542.html.pdf

78 https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/69988/Prospecto_69988.html

79 https://cima.aemps.es/cima/dochtml/p/15544/P_15544.html

EXPERIENCIAS EN EL MEDIO PENITENCIARIO

Tabla 14. Programas en Instituciones Penitenciarias

LTJ57 Raúl Jiménez. Usos del cànnabis a presó des de l'acció comunitària
 LTJ58 Rafael Clúa. Distribución de papel de aluminio para el consumo de drogas por vía pulmonar desde CAS Brians 1
 LTJ59 Oriol Torrents Guitart. Experiències del Grup Multifamiliar als usuaris del CAS Brians: un espai comunicacional alternatiu.
 LTJ20 Elena Yela y Rafael Clúa. Barreras de acceso y seguimiento para el tratamiento de la Hepatitis C en personas usuarias de drogas inyectables en el medio comunitario

A través de un grupo de personas vinculado al CAS de los centros penitenciarios Brians 1 y 2 Raúl Jiménez. Usos del cànnabis a presó des de l'acció comunitària LTJ57 se lleva a cabo la exploración de los diferentes usos que hacen del cannabis las personas que se encuentran en un centro penitenciario. Uno de los motivos principales que adujeron los reclusos para consumir cannabis era reducir el uso de otros medicamentos o drogas, disminución del estrés o de la tristeza y poder dormir mejor.

Rafael Clúa, Distribución de papel de aluminio para el consumo de drogas por vía pulmonar desde CAS Brians 1 LTJ58J apunta que en los últimos años se detecta un aumento de personas que consumen drogas por vía pulmonar, siendo un reclamo la introducción de estrategias para adoptar esta vía. En noviembre de 2020 se puso en marcha en el centro penitenciario Brians 1 la distribución de kits de láminas y cánulas de aluminio bajo en plomo para consumir heroína y también crack. En general, las personas usuarias valoran positivamente la distribución.

Oriol Torrents Guitart, Experiències del Grup Multifamiliar als usuaris del CAS Brians: un espai comunicacional alternatiu. LTJ59 explica un encuentro grupal mensual de usuarios de drogas —que están en terapia grupal semanal—, con sus familias. Promueve mitigar los efectos nocivos del encarcelamiento, aislamiento y provocar cambios relacionales internos en todos sus participantes (usuarios y familia).

El estudio de Elena Yela y Rafael Clúa Barreras de acceso y seguimiento para el tratamiento de la Hepatitis C en personas usuarias de drogas inyectables en el medio comunitario LTJ20 realizado en Instituciones Penitenciarias da explicaciones de por qué un 2% de la personas que ingresan tienen infección activa por hepatitis C.

Berlín, Lisboa

Tabla 7. Ciudades europeas. Berlín, Lisboa

LTJ60 Rosa Kistmacher. Consumo de sustancias no legales. La situación en Berlín. Un análisis tanto subjetivo como profesional.
 LTJ61 Adriana Curado, Elsal Belo. Ricardo Fuertes. 20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido

Rosa Kistmacher, actualmente trabajando en Berlín, comenta su estancia en el SAPS de Barcelona en pos de programas que le interesaron como RECOJE^{80,32} —un programa comunitario de recogida de jeringas que ha reencontrado en Berlín— y LITS, Hospitalización en Pensiones. Este último, iniciado en 1997 contemplaba la contratación de camas en pensiones del barrio del Raval para alojamiento de personas consumidoras tras la visita médica, de enfermería o por indicación social.

En 2008, cuando Rosa Kistmacher se incorporó al equipo de Barcelona, 80 usuarios utilizaron los servicios de LITS. El 91% eran hombres, el 78% tenía entre 30 y 40 años. 64% eran extranjeros. Hubo un total de 135 ingresos, 83 por causa sanitaria y 52 por causa social. Los ingresos por causas médicas representaron algo más del 60% y una estancia media de 3,2 días, con un 58,3% de reingresos y una media de utilización del servicio de 2,3 veces por usuario. El diagnóstico principal fue la combinación de malestar y fatiga. Una tercera parte de los ingresados eran consumidores de heroína y una cuarta parte de cocaína. 47% eran portadores de VIH.

Esta prestación hoy en día, por la ocupación de pensiones por turistas y su encarecimiento, es poco factible. Era llamativa la conciencia de utilización de la pensión de forma episódica y con ánimo de descanso. Con cortas estancias y altas sin mayores conflictos.

Rosa Kistmacher destaca en Berlín (3,6 millones de habitantes) la estimación de 11.000 personas con dependencia a opiáceos. Hay aproximadamente 150 médicos que ofrecen tratamiento de sustitución, acompañado de asesoramiento psicosocial. Dos consultas médicas con dispensación de diamorfina (heroína). Cinco salas de consumo y 19 clínicas de desintoxicación, pero también consumo en el espacio público.

80 Bechich S, Martínez M, Llorella G, Rodés A, De Andrés M, Delás J. RECOJE: recogida comunitaria de jeringas por usuarios de drogas por vía parenteral como complemento a los programas de intercambio [Community collection of syringes by parenteral drug users complementary to syringe exchange programs]. Gac Sanit. 2001 Jul-Aug;15(4):353-5. Spanish. doi: 10.1016/s0213-9111(01)71580-4. PMID: 11578566

Existen otras sustancias de amplio consumo: metanfetamina, cocaína, ketamina, cannabis.

Adriana Curado, Elsal Belo. Ricardo Fuertes. 20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido LTJ61 comentan que décadas después de la primera sala de inyección supervisada en Berna en 1986,⁸¹ se consigue poner en marcha en Portugal dos “Espacios de Consumo Protegido”, con lo que se incorporan al grupo de 12 países que cuentan con este recurso, 10 en Europa más Canadá y Australia.

Uno de ellos es móvil (Figura 10) puesto en marcha en 2019, con 3 paradas, 7 días a la semana, con intervención social/sanitaria, agentes de salud, distribución de material, pruebas rápidas, derivaciones. Otro fijo, también disponible 7 días a la semana, con supervisión de consumo inyectado y fumado, intervención social y sanitaria, también psicológica, distribución de material, equipo comunitario, derivaciones, pruebas rápidas, calor y café, lavandería, ropero, duchas, espacio para animales

Figura 10. Programa móvil de consumo asistido



Destacan que fruto de diversas realidades, también otras ciudades han optado por salas de consumo móviles, con oportunidades y limitaciones. Es un recurso, entre otras circunstancias, cuando el consumo se produce de forma importante en la calle.

Figura 11. Sala fija de consumo vigilado



DEFINICIONES

CAP CERO es la normativa que permite a las personas sin domicilio ser atendidas en todos los centros sanitarios de atención primaria, especializada y hospitales, sin prescindir su propio CAP como elemento primordial.

Código Sin Domicilio es una alerta para ordenar la atención sanitaria y la valoración social de las personas en situación de sinhogarismo que debe protocolarizar procedimientos.

Efecto pendiente: concentración de las personas sin hogar en las mismas zonas.

Reducción de los daños derivados de vivir en la calle: movimiento dirigido a mitigar los daños relacionados a vivir en la calle.

81 Drug consumption rooms: an overview of provision and evidence https://www.euda.europa.eu/topics/pods/drug-consumption-rooms_en

LTJ1 Abordatge de les substàncies no prescrites

Avui i demà: Fòrum d'idees, persones i entitats

Joan Colom i Farran

SUBDIRECTOR GENERAL D'ADDICCIONS VIH, ITS I HEPATITIS VÍRIQUES

Les dades de l'Observatori del Sistema de salut a Catalunya mostren relació entre l'empitjorament dels indicadors socials i econòmics i el seu impacte negatiu en la salut de la població, especialment sobre la salut mental.

Aquest impacte s'evidencia més en els col·lectius més vulnerables: infància, joves, persones grans, població desocupada, persones sense llar, dones amb infants o familiars a càrrec... i persones que consumeixen drogues. D'acord amb el darrer estudi bioconductual de *Monitoratge del VIH, VHC i dels seus determinants en persones que s'injecten drogues usuàries dels Centres de Reducció de Danys a Catalunya*,¹ el 45% de les persones que s'injecten drogues (PQID) no té domicili fixe (n=697), situació que s'agreuja amb el temps, si tenim en compte que en l'estudi Redan 2015 el 28% de les persones entrevistades estaven en aquesta situació.

En les persones que inicien tractament, un 6% té un allotjament inestable (Sistema d'Informació de Drogodependències de Catalunya, 2020, n= 11.353), percentatge que s'incrementa a un 16% entre les persones que inicien tractament per consum d'heroïna. Altres fonts coincideixen en la vinculació entre exclusió residencial i trastorn per consum de substàncies. L'informe de salut de Caritas indica que el 90% de les persones en risc o en situació d'exclusió residencial ateses per Càrites tenen associat algun trastorn de salut mental o addicció, a l'alcohol o altres substàncies. El trastorn per consum d'alcohol és 9 vegades més freqüent en aquestes persones que en la població general (Osorio).

En aquest context, aquesta jornada estableix el marc idoni per poder generar un espai d'intercanvi per a donar a conèixer treballs, experiències i projectes que s'estan duent a terme en l'atenció a les persones que consumeixen drogues en els diferents àmbits de salut,

social i comunitari i especialment adreçats a fer front a situacions de vulnerabilitat relacionats.

És una jornada en què es fa palesa la necessitat de treballar en xarxa integral centrada en la persona i que englobi els aspectes socials i de salut. Va en la línia de les polítiques d'intervenció en consum de drogues i les addiccions a Catalunya, Pla sobre drogues i addiccions comportamentals 2019-2023 (Pla DAC),² que incideix en els factors estructurals i els eixos de desigualtat social i que fa seu el compromís de “no deixar ningú enrere” donant prioritat a col·lectius especialment vulnerables (infants i adolescents, dones embarassades, persones grans, entre altres).

La Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) és un exemple d'adaptació dels recursos i serveis, de forma dinàmica, als paradigmes emergents en cada moment per donar resposta a les diferents necessitats i noves tendències. La XAD disposa d'una varietat de tipologia de recursos: a dia d'avui, 63 Centres d'Atenció i Seguiment (CAS), 39 serveis de reducció de danys (centres fixes, unitats mòbils, equips de carrer), 15 sales o espais de consum supervisat, 21 comunitats terapèutiques, 5 unitats de patologia dual, 11 unitats hospitalàries de desintoxicació, 1 hospital de dia, 10 centres de dia i 22 pisos de reinserció social.

El Pla DAC es caracteritza per:

- Model integral i multidisciplinari centrat en la persona i que ha de garantir l'accessibilitat al recursos assistencials
- Apostar per una xarxa de recursos inclusiva (habitatges temporals per a persones amb consum actiu, recursos d'alta hospitalària) que permeti iniciar processos de recuperació de persones afectades per consums problemàtics.
- Promoure tractaments efectius, integrals i integrats d'atenció a la comorbiditat orgànica, mental i social per a totes les persones, en especial per als joves,

1 Monitoratge del VIH, VHC i dels seus determinants en persones que s'injecten drogues usuàries de Centres de Reducció de Danys a Catalunya Estudi REDAN, 2019. <https://drogues.gencat.cat/web/content/minisite/drogues/professionals/reduccio_danys/informes/REDAN_Informe_2019_def.pdf>

2 Pla de Drogues i Addiccions Comportamentals 2019-2023. <<https://drogues.gencat.cat/ca/canalsocults/pla-drogues/>>

per els que es troben en centres penitenciaris i per a la gent gran i en situació d'alta complexitat.

- Promoure el suport a entitats que treballen amb persones que consumeixen drogues en situació de vulnerabilitat, facilitant-los l'accés als recursos sociosanitaris als quals tenen dret.
- Desenvolupar mesures per a la prevenció de les drogodependències i addiccions comportamentals en l'àmbit dels serveis socials i de justícia en especial entre els infants i joves en situació de vulnerabilitat (tutelats per la DGAIA, en justícia juvenil), les dones en situació de violència masclista, les persones amb discapacitat i en mesures d'execució penal.
- Com a exemples de programes i projectes impulsats per la Subdirecció General d'Addiccions o que participa en el seu desenvolupament enfocats per combatre els eixos de desigualtat destaquen, entre els serveis i programes de reducció de danys en zones obertes de consum (centres fixes, unitats mòbils, espais de consum supervisat, programa d'intercanvi de xeringues), garantir l'accés a la salut de les persones amb consum de substàncies en situació vulnerable programa de targeta sanitària individual per la via ràpida), el Programa per a l'abordatge de les violències masclistes a la XAD, el programa *A primera línia* d'abordatge socioeducatiu del consum de substàncies adreçat a joves en situació d'alt risc i vulnerabilitat, Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR), abordatge de l'envelliment prematur en les persones amb consum de substàncies de llarga evolució, abordatge de la complexitat, amb el programa del Departament de Salut PAICSAMAEC (d'abordatge integral dels casos de salut mental i addiccions d'elevada complexitat), els recents *Equips Guia* d'atenció a joves entre 12 i 25 anys en situació de complexitat amb diagnòstic clínic trastorn mental, trastorn per consum de substàncies i trastorn de conducta disruptius amb impacte social; el programa sostre 360 impulsat per la Secretaria General d'Atenció a la Infància i Adolescència i adreçat a joves majors d'edat que es troben en situació d'exclusió residencial i alta vulnerabilitat social.

Cal destacar la iniciativa d'incorporar les persones en situació de vulnerabilitat, sense documentació o insuficient, a la xarxa de centres i serveis del sistema sanitari públic, identificant-les i permetent-ne l'accés a través del Programa de Targeta Sanitària Individual (TSI) de la Subdirecció. Es facilita una cobertura sanitària general amb una alta immediata i s'envia, a través dels centres de referència, una



Obra versionada per David N., original de Joaquim Sunyer *L'empordanesa*

targeta amb caducitat de dotze mesos i de renovació automàtica, demanant les dades mínimes dels usuaris per protegir-ne la intimitat i garantint-ne la confidencialitat.

Com a conclusions:

- Cal abordar el consum de drogues i les addiccions des d'una perspectiva transversal i que integri diferents eixos vitals de la persona, vetllant per garantir els seus drets humans i necessitats bàsiques, com el dret a disposar d'una llar.
- L'abordatge ha de ser integral i interseccional, considerant els diferents eixos de desigualtats existents: gènere, edat, origen, situació social i econòmica...
- Cal treballar perquè les persones amb addiccions tinguin accés als recursos sociosanitaris en condicions d'igualtat respecte a la població general.
- La tendència creixent de situació de sensellarisme, conjuntament amb altres factors de vulnerabilitat (envelliment prematur, manca de vincles socials, etc.) requereix avançar cap a una xarxa de recursos inclusiva que permeti iniciar processos de recuperació de persones afectades per consums problemàtics de manera coordinada dins l'estratègia integral per a l'abordatge del sensellarisme (model *housing first*, habitatges temporals, adquisició de recursos a l'alta hospitalària).
- Iniciatives com la creació de l'Agència Integral social i sanitària han de proporcionar les estratègies i estructures per oferir aquesta atenció integral.³

3 Canal drogues. <<https://drogues.gencat.cat/es/inici/>>

LTJ2 Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24

Montse Bartroli

CAP DEL SERVEI DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ
A LES DROGODEPENDÈNCIES
DE L'AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA

Joan Colom

DIRECTOR DEL PROGRAMA PCAVIHV (PREVENCIÓ,
CONTROL I ATENCIÓ AL VIH, LES ITS I LES HEPATITIS
VÍRIQUES. SUBDIRECTOR GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES

El Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24 (PADAB 2021-24) és el 10è pla de drogues de la ciutat. El primer pla es va aprovar l'any 1987 amb la intenció d'integrar i formalitzar les estratègies i intervencions que es feien a la ciutat des de la dècada dels 80 per a l'abordatge del consum de drogues i les addiccions. Des d'aleshores els diferents plans han gaudit d'un ampli consens entre les forces polítiques i les diferents entitats, professionals i agents involucrats. Amb el lideratge de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) i la implicació i complicitat de les diferents institucions i entitats involucrades, els diversos plans s'han anat aconseguint per tal d'ajustar-se i donar resposta als nous reptes d'aquesta complexa i canviant realitat.

La definició del Pla de Drogues i Addiccions de Barcelona (PADAB) 2021-24 s'ha liderat des de la institució de salut pública de la ciutat, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), seguint un procés de planificació que s'ha iniciat amb l'avaluació del pla anterior i ha seguit amb l'anàlisi de la situació actual del consum de drogues a la ciutat, el coneixement dels actius de la ciutat,

les recomanacions basades en l'evidència científica, les percepcions i opinions de diferents actors que influeixen en el model de governança de la ciutat (ciutadania, professionals relacionats directament o indirectament amb el consum de drogues i l'atenció a les drogodependències i partits polítics), i d'acord amb el model d'atenció de les drogodependències de la ciutat de Barcelona.

Per a desenvolupar els diferents apartats que configuren aquest Pla s'ha utilitzat una metodologia mixta. Aquest enfocament combina la metodologia quantitativa, que consisteix en la recollida de dades empíriques que ens serveixen per poder quantificar un fenomen, amb la metodologia qualitativa, per poder obtenir informació sobre aquells fenòmens que no són quantificables i dels quals es vol aconseguir un coneixement profund. Així mateix, el PADAB 2021-24 parteix i comparteix línies estratègiques i objectius amb els plans i estratègies sobre drogues europeu, estatal, autonòmic i amb els plans d'actuació municipal.

La missió del Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona és fer una ciutat més saludable i amb menys desigualtats a través de les polítiques de drogues. Per això es desenvolupen i impulsen polítiques efectives per a la ciutadania vinculades als problemes relacionats amb les drogues, per tal de prevenir i reduir el consum de substàncies psicoactives, tant les lícites –alcohol, psicòtrops i tabac – com les il·lícites, i les seves repercussions negatives en els àmbits individual, familiar i social.

El Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona comprèn grans directrius i els objectius que cal portar a terme durant el període 2021-24 a la ciutat. Les diferents accions i àmbits d'intervenció s'agrupen en 4 grans línies estratègiques i 10 objectius generals:

1. **Abordatge de ciutat per una salut integral.** Política transversal per tal de dissenyar una estratègia comuna pel que fa al consum de drogues al conjunt de la ciutat. No només s'ha de tenir en compte el govern municipal, autonòmic o estatal, sinó que



Obra versionada per Rafa A., original de Dalí *Las tres esfinges de Bikini*

també tenen un paper important el sector privat i la societat civil, i tenint present la diversitat i les particularitats dels diferents territoris. Inclou aspectes com la reordenació d'espais, el control de l'oferta i el compliment de la normativa vigent en promoció, publicitat i venda a persones menors. Així mateix, la ciutat ha d'oferir ajuda a la primera oportunitat que es presenti i assegurar-se que els serveis de tractament i reducció de danys estan disponibles i accessibles. Cal adequar i mantenir la xarxa assistencial en tots els nivells i garantir l'accés als recursos amb la major rapidesa possible, així com una atenció integral amb un abordatge biopsicosocial i la continuïtat assistencial entre serveis. Per tot això, cal estimular i millorar la col·laboració, coordinació i lideratge participatiu entre les diferents parts que aborden les diverses perspectives del consum de drogues a la ciutat, ja siguin institucions públiques o privades, o entitats no governamentals.

2. **Promoció de la salut i prevenció.** Les persones tenim característiques individuals que ens poden fer vulnerables als problemes relacionats amb el consum de drogues i les addiccions. A més, no vivim aïllades, sinó que formem part d'una família, vivim en un barri i ens relacionem en entorns com el laboral. Les condicions d'aquests entorns poden afavorir o no els problemes relacionats amb el consum de drogues. Per això, en la promoció de la salut i la prevenció són importants estratègies tant en l'àmbit individual com també en els entorns. Incidir en l'entorn també pot crear canvis en les actituds individuals i en les normes de les comunitats, i a llarg termini tenir un impacte potencial superior. Les accions d'aquesta línia aniran encaminades a la promoció de la salut i la prevenció universal del consum de l'alcohol i altres drogues, alhora que es dirigiran esforços a poblacions específiques i grups d'alt risc mitjançant intervencions de prevenció selectiva i/o indicada amb un abordatge biopsicosocial.

3. **Trencant l'estigma per una major inclusió social.** La comprensió dels processos pels quals diferents factors individuals, familiars, comunitaris i socials interactuen per produir i mantenir l'estigma, és una tasca complexa que requereix una mirada multidisciplinària i multisectorial. Així doncs, el seu abordatge implica la coordinació i l'esforç de nombrosos sectors i professionals (governos estatals, autonòmics i locals, fundacions privades,

institucions acadèmiques, institucions de salut, persones amb trastorn per consum de substàncies, etc.), planteja diverses qüestions ètiques i culturals, i comporta la necessitat de tenir en compte nivells d'anàlisi múltiples. Caldrà treballar per superar les barreres d'accés al tractament, alhora que continuar formant i sensibilitzant a tota la xarxa de professionals de salut així com al conjunt de la ciutadania, i promoure la participació de la pròpia comunitat i de les associacions de persones afectades així com la seva reinserció social i laboral.

4. **Qualitat, innovació i recerca.** Cal enfortir la investigació i la formació en el camp de les drogodependències, assegurar que el coneixement generat sigui comunicat i aplicat, i vetllar pel benestar dels i les professionals i pacients. A banda, els centres assistencials avançaran cap a una gestió de qualitat i excel·lència, segons els models de gestió ISO 9001 i EFQM.

En aquesta última línia estratègica és on s'emmarca aquest Fòrum d'Idees, Persones i Entitats. Serà al llarg d'aquests tres dies on aprendrem els uns i els altres i reflexionarem sobre aquells aspectes que s'estan aplicant en altres espais i que potser podem aplicar en el propi o sobre aquelles innovacions sobre les que cal seguir treballant per millorar la nostra tasca.

En aquest fòrum es presenten experiències que donen resposta a aspectes clau del Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24 i en general als reptes actuals que ens trobem en l'àmbit de les drogodependències, com l'abordatge de les persones usuàries de drogues en situació de sensellar, la supervisió de la metadona injectada, l'atenció al creixent consum per via inhalada, la patologia dual, els joves, l'atenció comunitària, el repte de la microeliminació de l'hepatitis C, l'atenció a les dones, la violència, l'atenció a l'alta complexitat, el consum de metamfetamina o la possibilitat de dispensar heroïna com a programa de tractament.

CITA RECOMANADA DEL PADAB 2021-24

Bartroli M, Clotas C, Barbaglia G, Caballé M, Garrido A, Gotsens M, Pasarín M (Reds). Pla d'Acció sobre Drogues i Addiccions de Barcelona 2021-24. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2021.

HABITATGE

LTJ3 “Housing First/Primer la Llar-Programa Municipal d’atenció al Sensellarisme”

Carme Fortea

DIRECTORA SERVEIS D’ATENCIÓ AL SENSELLARISME. INSTITUT MUNICIPAL DE SERVEIS SOCIALS

SENSELLARISME

- Procés d’exclusió de caràcter estructural (crisis, condicions socioeconòmiques, habitatge, inserció laboral, immigració, dificultats de padró,...).
- Drets vulnerats especialment en població sense llar amb malaltia mental, patologia dual o drogodependència. Accés a serveis i recursos. Accés a habitatge.
- Perfils de persones amb característiques molts diferents. No parlem d’un grup homogeni.

Persones sense llar amb addiccions/patologia dual

- Diversitat de situacions:
 - Persones de llarga trajectòria a carrer amb consums alcohol amb greu impacte en la salut (en tractament o no).
 - Persones joves de procés migratori amb important dependència a tòxics amb o sense seguiment mèdic (rellevància us rivotril).
 - Persones consumidores d’heroïna, cocaïna i d’altres substàncies no reglades.
 - Persones sense llar joves i adultes amb patologia dual. Diagnosticades o no.
- Diferents graus us, abús i dependència.

PRIMER LA LLAR APLICACIÓ MODEL HOUSING FIRST

- 2015 Posta en marxa Housing First/Primer la Llar municipal.
- Es un nou model d’atenció a les persones sense llar que ofereix una vivenda estable a persones sense llar de llarga trajectòria a carrer amb malaltia mental i drogodependència amb un acompanyament

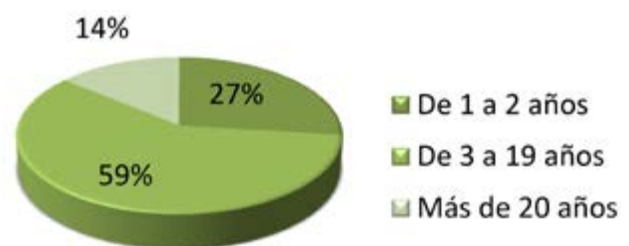
socioeducatiu multidisciplinar en l’habitatge. Neix a EEUU.

- Projecte pilot adreçat amb 50 habitatges i un equip multidisciplinari social i sanitari(S). 3 avaluacions.
- Presència a carrer d’un 34% de persones a carrer amb dificultats de vinculació a serveis(recurrents).
- Coneixement èxit experiència americana i europea.

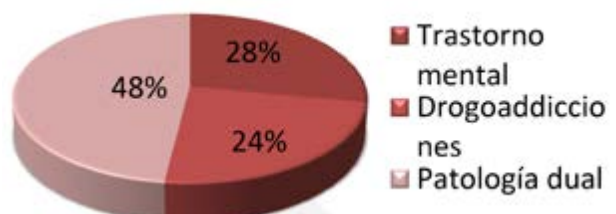
PERFILS ATEOSOS

- 20% dones.
- 72% d’edats entre 41 i 60 anys.
- 62% espanyols.

TEMPS CARRER



ESTAT DE SALUT



GUÍA HOUSING FIRST EUROPA

<www.housingfirstguide.eu>, <<http://housingfirsteurope.eu/guide/>>

Ocho principios fundamentales:



La vivienda es un derecho humano



Elección y control de las personas usuarias



Separación de vivienda y tratamiento



Orientación a la recuperación



Reducción del daño



Compromiso activo sin coerción

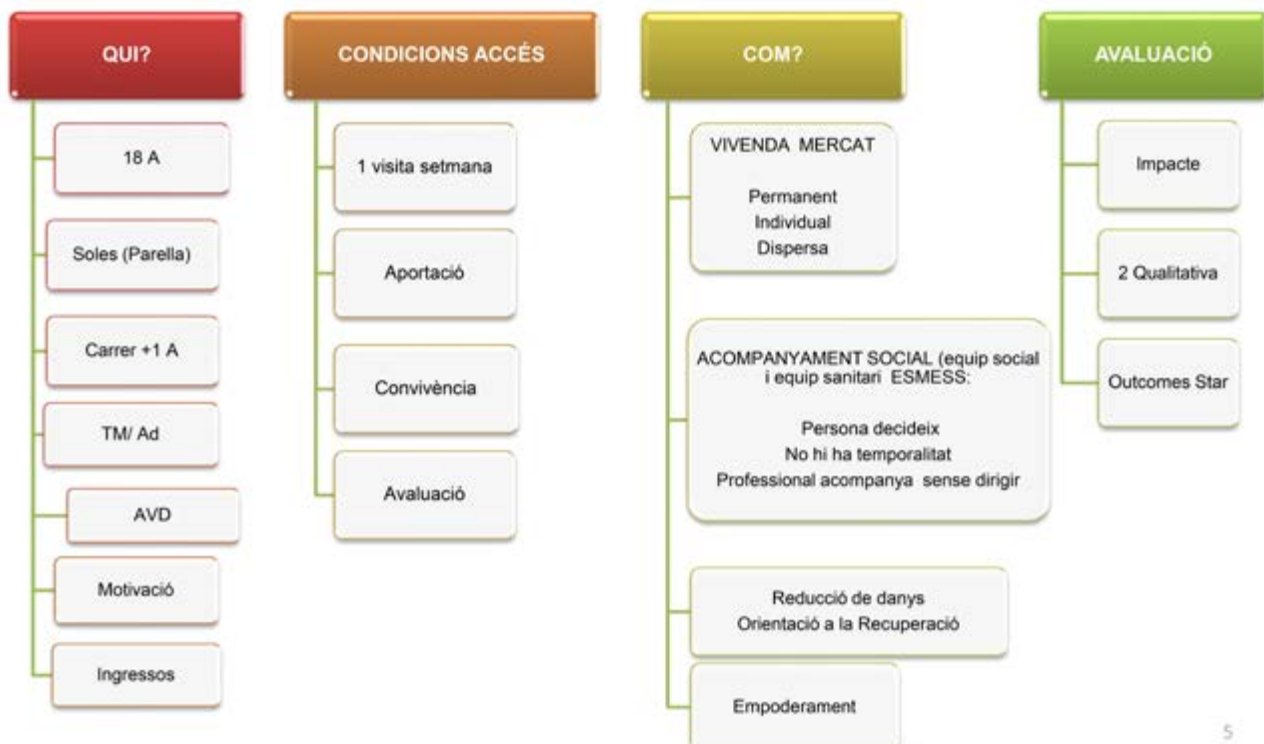


Planificación centrada en la persona



Apoyo flexible y disponible durante el tiempo necesario

PILOT “PRIMER LA LLAR”



5

AVALUACIÓ

Sosteniment de la vivenda

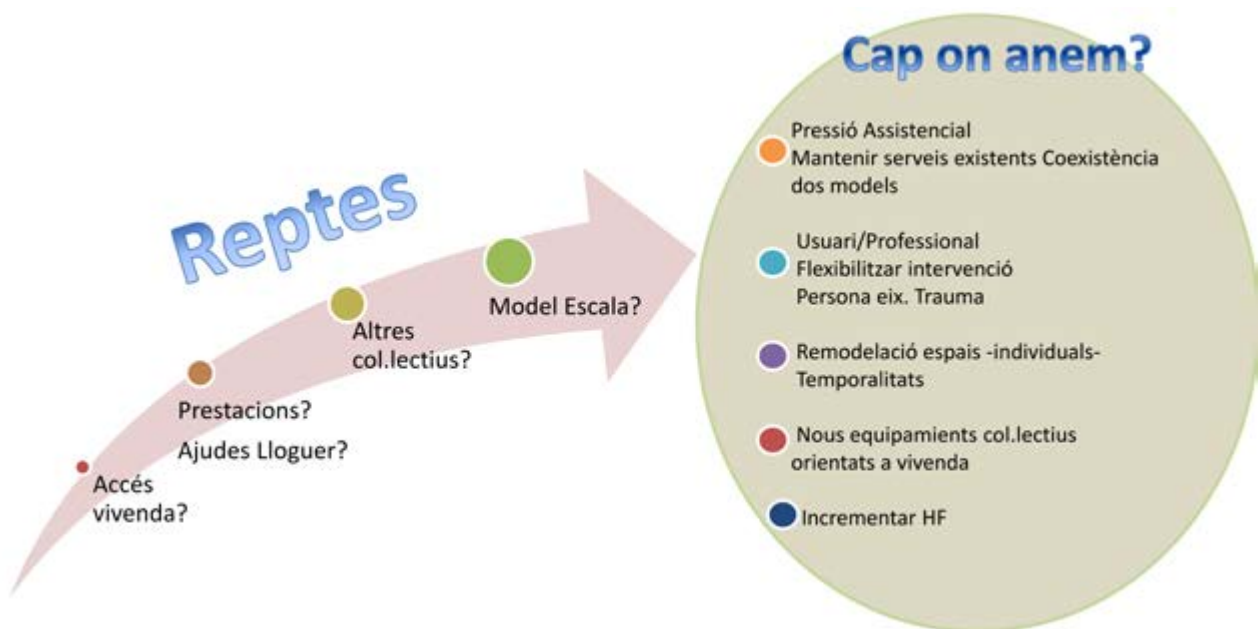
- Millora en la qualitat de vida. Millora en la salut mental, dolor corporal i salut general en el curt termini així com millora en la vitalitat dels participants en el mig termini.
- Millora de les relacions socials en general en el mig-llarg termini.
- Recuperació personal. Reforç de la motivació i augment de l'autoestima en el curt termini.

PROGRAMA MUNICIPAL D'ATENCIÓ A PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE LLAR

- Es el sistema d'atenció social dels més exclosos on hi cau tot i on sovint se li demana que ho atengui tot. Calaix de sastre. Es despleguen equips, recursos allotjament, centres de dia i serveis higiene.

- Especialització per atendre les problemàtiques que es detecten a carrer. I que no troben resposta en altres sistemes (joves migrats sols DGAIA, persones malaltes mentals o amb patologia dual, centres de dia on accedeixen persones consumidors,...) Llar oportunitats, Cal Muns, Llar Pere Barnés.
- Acompanyar processos i persones.
- Flexibilitzat. Recursos on s'accepten persones consumidors, tot i que no es permetin consums dins dels serveis. No es un requisit per accedir ser abstinent. Altres recursos de més alt compromís on si és un condicionant. Adaptació d'espais en centres residencials per a fumadors.
- Desplegament Agència de Salut Pública de Barcelona del Centre Guinardó per a drogodependents en actiu.
- Equip psiquiàtric específic per atenció a persones sense llar S, dimensionat per atendre trastorn mental sever, iniciada atenció a patologia dual.

SOBRE PRIMER LA LLAR/PROGRAMA MUNICIPAL



DIFICULTAT I REPTES EN L'ATENCIÓ A PERSONES SENSE LLAR AMB ADDICCIONS

- Bona valoració del projecte Primer la Llar, especialment en la reducció de danys en alcoholisme i malaltia mental. Com podem escalar projecte.
- Casos exclosos doncs no hi ha recurs específic davant de deteriorament cognitiu i manca autonomia per consums, prematura abans dels 65 anys.
- Persones en situació irregular amb addiccions que no accedeixen al contínuum assistencial especialitzat ni social ni sanitari, ni a prestacions ni a formació ni inserció laboral.
- Dificultat d'accés a serveis i recursos i tracte discriminatori. Estigma. Pensions, habitacions de re-

lloguer, recursos sanitaris i recursos socials, cossos seguretat,...

- Necessitat de millorar la coordinació entre serveis socials i sanitaris específics per a drogodependents: coneixement d'ambdòs sistemes, establiments de protocols de circuits per seguiment de casos o per millora de les derivacions(CAS, comunitats terapèutiques,...).
- Altes hospitalàries no coordinades, la persona demana alta o no se li assegura continuïtat assistencial. Manca de diagnòstics.
- Vincle del nou servei del centre Guinardó drogodependents en actiu amb el Programa municipal d'atenció a persones sense llar.
- Dificultat accés a tràmits: online, d'accés a prestacions, empadronament, habitatge.... Com podem fer l'acompanyament.



LTJ4 Alberg amb espais de consum de substàncies no prescrites

Ester Aranda

ÀREA DE DROGUES DE L'ASSOCIACIÓ
BENESTAR I DESENVOLUPAMENT

Catrina Clotas

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA
DE BARCELONA

La ciutat de Barcelona compta amb una àmplia xarxa de recursos d'atenció a les drogodependències que inclou, entre d'altres, programes de reducció de danys (REDAN) dirigits a les persones que consumeixen drogues. Aquests programes tenen com a objectiu minimitzar les conseqüències negatives a nivell individual i social derivades del consum de substàncies. Els programes REDAN usualment inclouen intervencions com l'intercanvi de material higiènic per els consums (xeringues, paper de plata, pipes, etc.), tractament de manteniment amb opiàcis, espais de consum higiènic supervisats i equips d'intervenció comunitària, entre d'altres.

L'any 2019, els programes REDAN de Barcelona van atendre 4.216 persones, de les quals al voltant del 40% eren persones sense llar. Segons la diagnosi de l'Ajuntament de Barcelona, el mateix any 2019, prop de 3.700 persones es van trobar en situació de sensella-

risme a Barcelona [1]. Aquesta situació de vulnerabilitat és especialment greu en les dones, que pateixen grans nivells de violència. Segons un estudi fet a 120 dones usuàries de centres de reducció de danys a Catalunya el 2014-15 [2], la prevalença d'agressions en els últims 12 mesos va ser del 45,8%. Un dels factors més associats a patir violència va ser el fet de no tenir un domicili fix.

Fins a l'any 2020 la ciutat de Barcelona no disposava de recursos de pernocta de baixa exigència adreçats a persones sense llar que consumeixen drogues. Els recursos d'allotjament no permeten el consum de drogues al seu interior, la qual cosa representa una barrera per l'accés i permanència per les persones consumidores d'alcohol i altres drogues [3].

Tenir un allotjament estable és fonamental per aconseguir seguretat física i emocional, per mantenir relacions personals i activitats professionals i per re-



Alberg amb espai de consum. Menjador



Alberg amb espai de consum. Habitació

construir la pròpia identitat. En el cas de les persones que consumeixen drogues, a més, és essencial per a desenvolupar estratègies per minimitzar o evitar el consum de substàncies psicoactives [4]. A més a més, és important tenir en compte que, tot i que l'habitatge és un bé de primera necessitat, cada cop son més els sectors socials sensibles que pateixen situacions d'exclusió del dret a l'habitatge, com les persones joves, les persones grans, les persones immigrants, les persones que consumeixen drogues i/o en situació de risc d'exclusió social, entre d'altres. Tot i això, tant l'Estatut de Catalunya del 2006 com la Constitució espanyola reconeixen el "dret a gaudir d'un habitatge digne i adequat" [5, 6]. Malgrat no li assignen caràcter de dret fonamental vinculant, sí que ha de servir com a principi rector per als poders públics, com ara l'administració local, que "promouran les condicions necessàries i establiran les normes pertinents" per fer-ho efectiu.

És per això que, tant el Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2017-2020 [7], com plans de drogues anteriors, ja plantejaven la necessitat de disposar de recursos d'allotjament adaptats a les necessitats de les persones que consumeixen drogues i que aquests estiguessin coordinats amb la xarxa específica d'atenció a les drogodependències i amb la resta de la xarxa de

serveis sanitaris i socials. No obstant això, fins el 2020, aquesta necessitat no va ser coberta.

L'arribada de la pandèmia de la COVID19 i el decret de l'estat d'alarma del 14 de març de 2020 va limitar la lliure circulació de les persones a l'espai públic i el confinament domiciliari obligatori, evidenciant la impossibilitat pel compliment en el cas de les persones sense llar. Davant d'aquesta situació excepcional, per acord entre el Departament de Salut i l'Ajuntament de Barcelona, l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), de la mà de l'Associació pel Benestar i el Desenvolupament (ABD), va obrir a la ciutat de Barcelona el primer centre residencial per a persones sense llar consumidores d'alcohol i altres drogues, per tal d'oferir-los un espai de confinament amb atenció sanitària i social.

Aquest centre de primera acollida és un servei que té com a principal objectiu garantir la cobertura de necessitats bàsiques (alimentació, higiene, sostre) per a persones que consumeixen drogues des d'un enfoc de reducció de danys i amb perspectiva de gènere. Es pretén millorar la qualitat de vida d'aquesta població i que les persones tornin a sentir-se subjectes de dret i deures. Es tracta d'un centre pioner i únic a tot Catalunya i a l'Estat. L'equipament actualment té capacitat per a 50 persones, està obert les 24 hores cada dia de l'any, i

disposa de programes d'atenció social i sanitària, incloent-hi programes de reducció de danys pel consum de substàncies amb espais de consum supervisat. A més de la realització i participació de les persones residents en les activitats bàsiques del dia a dia, també es realitzen activitats diàries d'accés lliure per les persones residents (biblioteca, jocs de taula, accés ordinadors, televisió, etc.), així com activitats de suport i complement al pla de treball: tallers i activitats d'inserció, activitats lúdiques, tallers instrumentals, espai sociolaboral, grups de suport, espai de bugaderia i costura de caràcter personalitzat, etc.

El centre, ofereix espai de consum supervisat injectat i inhalat, però també ofereix un programa de reducció de danys associats a l'alcohol a les persones amb un trastorn per consum d'alcohol o que reporten un consum elevat diari d'alcohol. L'objectiu d'aquest programa, pioner a la ciutat de Barcelona, és reduir els danys associats al consum excessiu d'alcohol, com podria ser el fet de beure begudes adulterades o tòxiques i reduir tant la possibilitat d'aparició sobtada del síndrome d'abstinència com el número i la gravetat dels episodis d'intoxicació etílica. Aquest programa consisteix en dispensar una quantitat d'alcohol supervisada segons la valoració de l'equip sanitari. En general, es dispensa un màxim del 50% de les unitats de beguda estàndard que la persona refereix consumir al accedir al centre. També s'estableix un pla d'intervenció individual on l'ocupació del temps és l'estratègia principal per a la millora terapèutica.

Des de l'inici de l'activitat del centre s'ha dut a terme un abordatge amb perspectiva de gènere amb l'objectiu de donar resposta a les necessitats diferencials de les dones i de les persones del col·lectiu LGTBIQ reduint així les barreres que afronten per a accedir i romandre als recursos. Amb aquest objectiu, s'ha comptat amb la col·laboració i supervisió d'una persona experta en la implementació de la perspectiva de gènere en recursos d'atenció a les drogodependències. A banda de la prioritització i horari diferencial en l'accés al recurs per a les dones i persones no binàries, altres estratègies que s'han dut a terme han inclòs la reserva de places exclusivament per a dones i persones no binàries, la creació d'un grup de dones residents, així com també d'homes per transformar les masculinitats, el desenvolupament d'activitats i creació d'espais no mixtes, l'atenció a la salut sexual i reproductiva, l'atenció psicològica a les violències masclistes viscudes i la formació en perspectiva de gènere de les persones professionals.

Fins el dia d'avui el centre ha allotjat un total de 269 persones (145 homes, 124 dones i 11 persones no



Alberg amb espai de consum. Espai de consum supervisat injectat

binàries), sent l'edat mitjana de 41 anys. La substància de consum principal ha estat la cocaïna (66.6%), seguida per l'alcohol (30.0%) i l'heroïna (22.2%). Fins ara, la ciutat no comptava amb cap recurs d'aquestes característiques. La creació d'un allotjament destinat a persones en situació de sense llar i consum de substàncies contribueix a afavorir la seva inclusió social.

BIBLIOGRAFIA

1. De Inés, A., Guzman, G., Verdager, M., i Contreras, M. 2020. "Diagnosi 2019. El Sensellarisme a Barcelona. Evolució i Joves En Situació de Sensellarisme." Barcelona.
2. Folch Toda, Cinta, Jordi Casabona, Xavier Majó, Mercè Meroño, Victoria González, Joan Colom, M. Teresa Brugal, and Albert Espelt. 2016. "Mujeres Que Usan Drogas Inyectadas y Violencia: Necesidad de Una Respuesta Integrada." Adicciones
3. Arrels Fundació. 2018. "Cens 2018." 2018.
4. Brooke, Simon. 2011. "Housing People Who Misuse Substances: Making Housing First Work." Dublin.
5. Estatut de Catalunya 2006, article 26, Materials de Pau i Drets Humans, 15. El dret a l'habitatge
6. Constitució espanyola 1978, article 47, Materials de Pau i Drets Humans, 15. Dret a l'habitatge
7. Brugal, Maria Teresa, Ester Teixidó-Compañó, AM Guitart, Albert Espelt, and Marina Bosque-Prous. 2017. "Pla d'acció Sobre Drogues de Barcelona 2017-2020." Barcelona.

LTJ5 L'experiència de la llar Pere Barnés: una aposta per la reducció de danys amb una mirada diferent per a cada persona

Laia Vila

CAP DE LA LLAR PERE BARNÉS

A la llar Pere Barnés hi viuen persones amb llargues trajectòries de vida al carrer, amb un estat de salut deteriorat i elevats consums d'alcohol. La mirada centrada en la persona ens ha ensenyat, al llarg dels anys, a treballar des de la reducció de danys i a adaptar cada intervenció a cada persona, pactant amb elles i buscant la seva complicitat a través del vincle.

Està comprovat que haver de viure al carrer comporta per a les persones un deteriorament important del seu estat de salut i escurça els anys de vida. Per això, és important comptar amb recursos que donin resposta a allò que necessiten les persones, i fer-los accessibles. Tenint en compte aquest context, des d'Arrels vam crear la llar Pere Barnés l'any 2007. Detectàvem que hi havia persones sense llar que no s'adherien als recursos que existien, que hi havia normatives que no acabaven d'encaixar a les seves situacions ni a les patologies que presentaven les persones.

Parlem de persones amb anys de vida al carrer, amb deteriorament cognitiu que els dificultava la memòria, la planificació del dia a dia i la comprensió, entre d'altres; amb trastorns mentals severs i malalties orgàniques greus que necessitaven tractament; amb diversitat funcional i elevats nivells d'apatia i poques ganes de mirar cap al futur; i amb consums elevats d'alcohol i tòxics. En aquest context, l'objectiu de la llar Pere Barnés era intentar dignificar la seva vida i fer que fos menys dura.

A la llar, la majoria de les habitacions són individuals i la mirada del nostre acompanyament està enfocada en la persona, en la seva situació present, i en intentar que tingui cabuda en el recurs. Aquesta manera individualitzada ens va mostrar al llarg dels anys que hi havia residents que necessitaven un acompanyament en el consum de l'alcohol. Ens referim a persones que tenien un consum molt elevat que era molt perjudicial per a la seva salut, però que no es podien plantejar deixar de consumir.

Des que la llar Pere Barnés es va posar en marxa fa catorze anys, ha acollit unes 350 persones sense llar

amb problemàtiques com les que acabem de descriure. Són persones que, en la seva majoria, no es plantegen deixar de consumir perquè o bé no poden o bé no saben com fer-ho i, des de la nostra mirada professional, el repte era respectar la voluntat de la persona de seguir consumint, però alhora, evitar sobreingestes en la mesura del possible. Amb l'experiència vam aprendre que una persona no podia començar a viure a la llar sense deixar-la consumir i sense oferir-li una alternativa. A poc a poc, i gràcies en bona part a la creació de vincles amb les persones, vam aprendre que per proposar a una persona consumir menys li havíem d'oferir una alternativa per controlar els símptomes d'abstinència. I aquí és quan apareix l'acord i el pacte amb la persona i comencem a treballar amb una mirada de reducció de danys.

UN PACTE A TRES BANDES PER MINIMITZAR DANYS

El pacte que des de la llar Pere Barnés busquem amb cada persona resident ha d'encaixar en alguns dels següents objectius, però no necessàriament en tots. Un d'aquests objectius és que, en un futur a llarg termini, la persona pugui deixar de consumir, i que a curt termini es vinculi a un Centre d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS) i visiti de manera regular el metge. També contemplem que la persona vulgui fer un ingrés hospitalari per desintoxicació i, mentrestant, necessiti el nostre acompanyament en la reducció de danys. Que es comprometi a les cures i a certa regularitat en les pautes sanitàries és també un dels possibles objectius que tenim en compte, com que la persona vulgui reduir de manera acompanyada la dosi d'alcohol que ingereix i que existeixi un compromís de cura.

Es tracta, de fet, d'un pacte amb la persona que busca trobar alguna cosa que vulgui millorar en la seva vida, encara que sigui una petita cosa, i no necessàriament vinculada a l'alcohol. Treballem per reduir el



dany, i si en algun punt del pacte observem que hi ha alguna millora en la persona, per a nosaltres la intervenció ja té sentit.

Això ho fem sobretot tenint en compte la voluntat de la persona, que ha d'entendre, en la mesura de les seves possibilitats, el pacte al qual arribem; amb la implicació de l'equip professional de la llar, que sap que haurà de recordar aquest pacte de manera habitual a la persona perquè la majoria dels i les residents de la llar presenten deteriorament cognitiu; i, en tercer lloc, amb la complexitat a llarg termini dels equips sanitaris externs, del CAP i el CAS.

El resultat és que la reducció de danys que estem implementant minimitza nombroses situacions de risc per a la persona, fins i tot el risc de mort. Es minimitzen els riscos d'agressió al carrer, sobretot en el cas de les dones; també les recaigudes. I ens permet controlar possibles símptomes d'abstinència.

UNA MIRADA DIFERENT PER A CADA PERSONA

Si alguna cosa caracteritza la intervenció de la llar Pere Barnés en aquesta reducció de danys és que intentem mirar de manera diferent cadascuna de les persones residents. No tothom té el mateix pacte ni les mateixes condicions, perquè no tothom és igual ni necessita el mateix. Les persones que viuen a la llar són diferents entre elles en molts aspectes: nivells de

planificació, de comprensió, de trastorns de conducta... A la pràctica, per exemple, això significa que una persona necessitarà que li pautem el consum d'alcohol o li donem de manera acompanyada a dins de la llar i una altra necessitarà espais d'intimitat.

Aquesta mirada de reducció de danys i enfocada a cada persona l'apliquem dintre de l'espai físic de la llar Pere Barnés però també hem intentat que traspassi les seves portes, perquè les persones residents també consumeixen alcohol fora de la llar. En aquest sentit, intentem treballar perquè la persona es comprometi a no consumir alcohol fora de la llar i a beure'l de manera pautada dintre del recurs, li expliquem com pot afectar l'alcohol a la seva salut i com perd part del control de la seva vida. La majoria de les persones, però, decideixen consumir també fora perquè tenen poca capacitat d'autocontrol. Malgrat això, dintre de la llar seguim apostant per donar l'alcohol de manera pautada, perquè el consum i el risc es redueixen.

Durant aquests anys d'intervenció des de la reducció de danys hem comprovat que les persones que resideixen a la llar es vinculen al nostre recurs, que ens permeten que les aconsellem i que assoleixen una situació més estable. També hem aconseguit una millora en les seves rutines i que la recaiguda del seu estat de salut sigui més lenta. La clau és apostar per la reducció de riscos i fer-ho d'una manera personalitzada i detallada per a cadascuna de les persones que resideixen a la llar. Que sentin que també és casa seva.

LTJ6 Rubí: Cases Ocupes i comunitat

Pol Vidal Pujol

TREBALLADOR SOCIAL DEL CAS RUBÍ - CST

Pep Pitart

EDUCADOR SOCIAL D'AIDE

* Aquest projecte està dut a terme entre el CAS Rubí (CST) i AIDE

A Rubí, el Centre d'Assistència i Seguiment (CAS) a les Drogodependències, forma part dels Serveis de Salut Mental "Ferran Salsas i Roig" juntament amb el Centre de Salut Mental Adults (CSMA), el Centre de Salut Mental Infantil i Juvenil (CSMIJ) i el Servei de Rehabilitació Comunitària (SRC), integrats tots ells a l'Àmbit de Salut Mental del Consorci Sanitari de Terrassa (CST). Com a CAS, està integrat a la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD) de la Generalitat de Catalunya, a partir del conveni subscrit entre el Consorci Sanitari de Terrassa (CST) i el Servei Català de la Salut. És doncs, un servei de caràcter públic i gratuït. Actualment el seu àmbit territorial de referència són els municipis de Rubí i Castellbisbal.

Entenem les addiccions com un trastorn de l'àmbit de la salut mental i que es caracteritza per la seva multifactorialitat i complexitat.

L'atenció que s'ofereix des del nostre servei té en compte la globalitat del fenomen, a partir de tres eixos bàsics: l'individu, la substància i el context. Per aquest motiu, i en la mesura de les necessitats i possibilitats de cada cas, impulem un procés diagnòstic i terapèutic a diferents nivells: psicològic, mèdic i social.

El servei es caracteritza pel respecte i la integració de diferents models teòrics, en funció de la formació de cada professional i de les necessitats de l'usuari i les seves famílies. Sempre però, des d'una perspectiva de salut mental pública i comunitària.

L'associació AIDE és una entitat declarada d'utilitat pública per la Generalitat de Catalunya que des de l'any 1994 treballa creant, implementant i gestionant projectes dins del camp de les drogodependències a la ciutat de Terrassa i en altres municipis del Vallès Occidental. Oberts a la ciutat i les persones que hi viuen, donant resposta a les seves necessitats vitals, lluny de l'assistencialisme i fomentant l'autonomia dels i les participants dels projectes.

En aquesta línia, esdevé eix estratègic d'actuació afavorir els escenaris favorables per assolir la participació activa de qui es beneficia del nostre acompanyament en els projectes. Es pretén acompanyar en el propi procés empoderador a les persones per ser participants

actives dels programes, no únicament receptores passives de serveis assistencials en totes les seves modalitats.

Per poder assolir aquest plantejament estratègic, els 28 anys d'experiència en el camp de les drogodependències ens ha permès consolidar un modus de pensament centrat en la persona, orientat a possibilitar que qui hi participi trobi resposta als seus neguits, anhels i necessitats vitals, i per tant tota la línia de pensament analítica inicial està plenament dirigida a satisfer les que per nosaltres són les necessitats essencials de les persones. Sense la cobertura i satisfacció d'aquestes, difícilment poden iniciar, mantenir i consolidar processos de canvi d'actituds i presa activa de decisions amb possibilitats d'èxit.

Amb aquesta mirada, a AIDE treballem des de la Reducció de Danys en l'àmbit de les drogodependències, que s'estructura al voltant de les intervencions dirigides a la minimització dels danys associats al consum de substàncies legals o il·legals, tant a nivell personal com comunitari.

Des d'una mirada holística del fenomen de les drogodependències i fugint de les pretèrites visions reduccionistes que plantegen unes intervencions eminentment repressives, la Reducció de Danys pretén establir un vincle amb les persones usuàries a partir del qual exercir un procés d'acompanyament basat en el paradigma de Salut Pública. Aquest model defensa una metodologia no estigmatitzadora ni penalitzadora de les actuacions de les persones usuàries, alhora que planteja de la perspectiva dels drets humans en tota la seva extensió, un acompanyament en el procés de presa de decisions de qui atén.

El projecte que presentem conjuntament sobre la intervenció a cases ocupes, s'inicia a partir de finals 2020 a partir d'una denúncia per part de l'AMPA de l'escola Torre la Llebre de Rubí a l'Agència de Salut Pública Catalunya després de trobar en repetides ocasions xeringues en l'espai públic, posant en risc els infants de l'escola. Aquesta escola es troba a la vora d'una casa ocupa on hi ha consum actiu de substàncies, per tant, tot el focus i treball està centralitzat en el recinte on es troba la casa.



Cal especificar que l'aparició de material de consum per via injectada a la via pública coincideix amb una arribada massiva de població provinent de Geòrgia.

Anteriorment l'any 2013 el CAS de Rubí ja va fer una intervenció preventiva en aquesta mateixa zona, realitzant tasques de sensibilització, educació per la salut, reducció de riscos del consum, realitzant accions per la prevenció de sobredosi (tallers, distribuir kits de naloxona, etc.).

A partir del detonant del 2020 la Sub-direcció General de Drogodependències (ASPC) demana a AIDE, com a Equip Educatiu de Suport PIX (Programa d'Intercanvi de Xeringues) del Vallès Occidental, realitzar un informe per el diagnòstic de situació a la zona i primeres propostes d'actuació. Es realitzen propostes de neteja i sanejament de la zona, aproximació al col·lectiu usuaris de drogues, intervenció a nivell educatiu i reducció de danys.

Durant l'any 2021 s'han realitzat una sèrie de reunions trimestrals entre Sub-direcció General de Drogodependències (ASPC), Serveis Municipals de Rubí (Salut Pública, Policia Local, Serveis de Neteja,...), Mossos d'Esquadra, AMPA, AIDE i CAS Rubí. En aquestes reunions es va consensuar una aproximació a un diagnòstic de situació, es van acordar diferents accions orientades a reduir l'impacte negatiu a l'entorn, i a la reducció dels problemes associats al consum.

Davant la problemàtica derivada del consum de drogues per via injectada a la via pública, la troballa de material d'injecció a les immediacions de l'Escola Torre de la Llebre i la presència de persones que distorsionen les activitats de l'escola, es genera una necessitat d'intervenció per evitar un augment del clima de crispació i preocupació que des de la comunitat educativa.

A principis de l'any 2022 l'Ajuntament de Rubí crea un pla municipal per la recollida de xeringues (trucant al 092 o per mitjà App municipal).

AIDE realitza una proposta d'acció educativa conjunta amb el CAS Rubí, amb l'objectiu de crear vincle educatiu amb les persones del recinte de la casa ocupada, millorar la convivència a la zona i produir un impacte comunitari positiu.

Es tracta d'una intervenció focalitzada inicialment en la Reducció de Danys associats al consum de drogues, tant personals com comunitaris. No es descarten altres objectius orientats a iniciar altres processos relacionats amb l'abstinència sempre i quan la persona així ho decideixi. Amb aquesta intervenció, es pretén que els usuaris de drogues prenguin una actitud proactiva davant de la seva situació al voltant de la relació que estableixen amb els seus consums per acompanyar en el propi procés de presa de decisions.

Per poder fer aquesta tasca de manera efectiva, cal inicialment fer presència sistemàtica i continuada a la zona, fent contacte progressiu per acabar creant el vincle que permeti les intervencions des de la seguretat i tranquil·litat d'ambdues parts, equip i usuaris.

Aquest projecte contempla com a integrants de l'equip un educador social d'AIDE especialitzat en drogodependències i un treballador social del CAS de Rubí especialitzat en salut mental i addiccions, amb el suport d'una integradora social, dues infermeres, una psicòloga PIR i un psicòleg. Amb les actuacions a la zona, en un futur està previst fer altres tipus d'intervencions més específiques en la línia de tallers educatius en injecció higiènica, cribratges de malalties infectocontagioses com VIH i VHC, formacions en sobredosi i subministrament de kits de naloxona.

De forma genèrica, aquestes intervencions són:

- Atendre i donar resposta a les demandes que planteja la comunitat educativa.
- Estar presents de manera visible a la zona per un millor coneixement de la realitat i relació amb l'entorn (escola, AMPA, barri ...)

- Garantir la recollida sistemàtica de xeringues i material auxiliar a la zona.
- Coordinar i gestionar l'espai públic per reduir l'impacte negatiu a la zona.
- Subministrar material per el consum més segur i higiènic (kits del PIX i contenidors per la recollida de xeringues).
- Conscienciar als usuaris de la importància de fer un ús responsable del seu material de consum i per una millor relació amb l'entorn.
- Incidir en aspectes relacionats amb la salut i autonomia dels usuaris.
- Gestionar la neteja de l'espai de la casa ocupa: subministrament i retirada de contenidors municipals (vidre, rebuig...).
- Promoure la mediació entre usuaris i la comunitat.

Destacar que es vetlla per que els vincles de comunicació i coordinació entre tots els agents implicats sigui el més efectiu possible. És a dir, que els fluxos comunicatius entre l'Equip Educatiu (AIDE i CAS Rubí) els diferents departaments de l'Ajuntament de Rubí, Comunitat de l'Escola Torre de la Llebre, Policia Local, Mossos d'Esquadra, i amb l'assessorament de la Sub-direcció General de Drogodependències, esdevinguin una potencialitat per poder caminar en la recerca de la convivència positiva a la zona.

Finalment el projecte es va començar a dur a terme a principis del mes de febrer del 2022 i després de les intervencions que s'han dut a terme, cal destacar que s'ha aconseguit crear un vincle de cordialitat entre els habitants de la zona, identificant-nos com a personal de suport per la millora de la seva qualitat de vida. Hi ha hagut canvis de cara al consum, vinculacions al CAS, a menjadors socials i fins i tot, un ingrés a Comunitat Terapèutica. Tot i així la intervenció educativa que s'ha dut fins ara només és la punta de l'iceberg, queda molt per treballar.

LTJ7 Alternatives arquitectòniques

Miquel Corominas Ayala

DR. ARQUITECTE, CATEDRÀTIC D'URBANISME A L'ESCOLA TÈCNICA SUPERIOR D'ARQUITECTURA DE LA UNIVERSITAT POLITÈCNICA DE BARCELONA

Davant la qüestió de l'allotjament nocturn temporal de consumidors de substàncies no prescrites sorgeixen una sèrie d'aspectes a considerar:

LOCALS DE PLANTA BAIXA AMB ACCÉS DIRECTE AL CARRER

En aquets moment a les ciutats, especialment a Barcelona, comencen a trobar-se molts locals buits. Alguns fa molts anys que estan buits. Cada cop hi haurà més locals sense activitat a les plantes baixes de les ciutats. L'increment del comerç de gran superfície i la venda online, fa que aquesta situació vagi en augment.

Una rehabilitació senzilla d'aquests locals permetria adaptar-los a l'ús nocturn d'espai dormitori. En el cas de l'àmbit de l'Àrea metropolitana de Barcelona, si s'assimilés a un habitatge temporal, el local requeriria una superfície útil de 16m²+ 10m² per cada llit. Per exemple un local de una superfície útil de uns 200 m² un cop organitzats els espais d'higiene, podria acollir per dormir unes 18 persones.

Des del punt de vista de l'ús habitatge, sempre es permet en planta baixa, tot i que no tingui una gran tradició. Evidentment el local hauria d'acomplir uns criteris de habitabilitat (alçada interior, ventilació, il·luminació...) que l'hi atorguessin la possibilitat d'aquest ús. També caldria verificar que la nova densitat residencial és compatible amb les Normes urbanístiques dels Plans d'ordenació urbana, però gaire be segur que si, degut a les recents modificacions a la baixa de la superfície mitjana de l'habitatge, que s'utilitza per aquest còmput al menys en l'Àrea metropolitana de Barcelona.

En el cas de venda d'edificis en règim de propietat horitzontal caldria l'autorització de la comunitat pel canvi d'ús. En cas d'edificis de propietat vertical, de lloguer, només caldria l'autorització del propietari.

Fora bo redactar una normativa urbanística específica que ho amperes, igual que es va fer al seu dia amb el Pla d'Hotels, el del Comerç alimentari o altres plans de regulació dels usos.



Obra versionada per Eulalia T., original d'Anglada Camarasa *La Duquesa de Durcal*

Aquesta solució temporal podria tenir el rebuig dels veïns i caldria fer una bona mediació per explicar les condicions. Per un altre costat es podria acordar un termini temporal d'ús i després passar a espai d'equipament social per als veïns a nivell de mançana o carrer. En aquest sentit fora bo involucrar als ajuntaments per que compressin els locals.

LOCALS EN EDIFICIS PRODUCTIUS

Especialment en àmbits productius dins el teixit urbà també es troben locals buits. De vegades per la poca idoneïtat del local per a la seva funció, de vegades per estar dins de sectors amb processos urbanístics, de llarg tràmit, el que afavoriria l'ús temporal.

En aquest cas la possibilitat d'ús residencial requeriria de la redacció inevitablement d'una normativa

urbanística i de la compatibilitat i conformitat amb les activitats de les parcel·les veïnes, per no limitar el seu desenvolupament. No és el mateix tenir una indústria que habitatges en la parcel·la veïna a l'hora de poder tenir instal·lacions industrials més potents.

També caldria fer unes obres d'acondicionament del local, poder molt costoses des del punt de vista de aïllament tèrmic i acústic a mes de les anteriorment comentades d'habitabilitat.

LOCALS EN EQUIPAMENTS

Aquesta situació es molt semblant a l'anterior amb la diferència que molts equipaments tenen espais amb una bona condició arquitectònica i per tant amb una millor facilitat per al canvi d'ús.

Una avantatge addicional és que molts dels equipament són de titularitat pública o d'institucions amb fins socials, que podrien cedir els locals temporalment sense cost. L'altra gran avantatge és que no hi haurien veïns residint en els immobles.

OBRES D'HABILITACIÓ

En tots els casos al tenir un caràcter temporal s'hauria de pensar en la instal·lació de un sistema higiènic prefabricat de fàcil transport i instal·lació, capaç d'esser traslladat a altres locals. La indústria de la construcció utilitza aquests tipus de casetes, de venda i lloguer, que es podrien instal·lar dins dels locals escollits, moguts per toros.

Les condicions d'accés als locals i sobretots les bones condicions arquitectòniques dels locals que no requereixin un alt cost d'adaptació son fonamentals dins aquest concepte de dormitori nocturn temporal.

Arquitectònicament les coses temporals són cares i per tant tampoc s'haurien de descartar (?) actuacions de mig i llarg termini, en funció del finançament de que es disposi.

HABILITACIÓ D'ESPAIS D'ACOLLIDA NOCTURNA EN SOLAR BUITS

La ciutat disposa de solars pendents de llicències, inclosos dins àmbits de transformació o altres tipus d'espais vacant que temporalment es podrien utilitzar com dormitoris temporals.

Aquesta és una opció senzilla però que requereix tenir o llogar un conjunt de tendes o mòduls prefabricats, o fins i tot contenidors, per organitzar un sistema de campament.

Té una gran avantatge, no te veïns residents dins, però un cost econòmic alt, al no disposar d'espai edificat. Com avantatge té també la possibilitat d'incrementar o disminuir el programa en funció de la demanda o en funció d'un nombre de llits adient per un millor funcionament mèdic-social.

INTERVENCIONS EN ESPAIS LLIURES PÚBLICS O ESPAIS VIALS

Aquesta opció no es recomanable per la seva inseguretat, per la poca idoneïtat dels espais lliures públics per acollir edificis encara que siguin provisionals o prefabricats. Hi ha molts altres espais que no són aquests que ho poden acollir.

LA TEMPORALITAT

La temporalitat és un aspecte que no es té en compte en els plans urbanístics o en les ordenances municipals i que segurament és imprescindible regular. De totes maneres, com en l'administració de justícia, les situacions no es regulen fins que apareixen. Per tant tocava impulsar aquesta normativa a nivells municipals o metropolitans per poder aplicar la millor sense dubtes i sense necessitar interpretacions esbiaixades.

MALALTIA

LTJ8 ESMES. Equip d'atenció en Salut Mental a les persones en situació de sense llar a Barcelona

Maria Jesús González, Mercè Borràs. ESMES

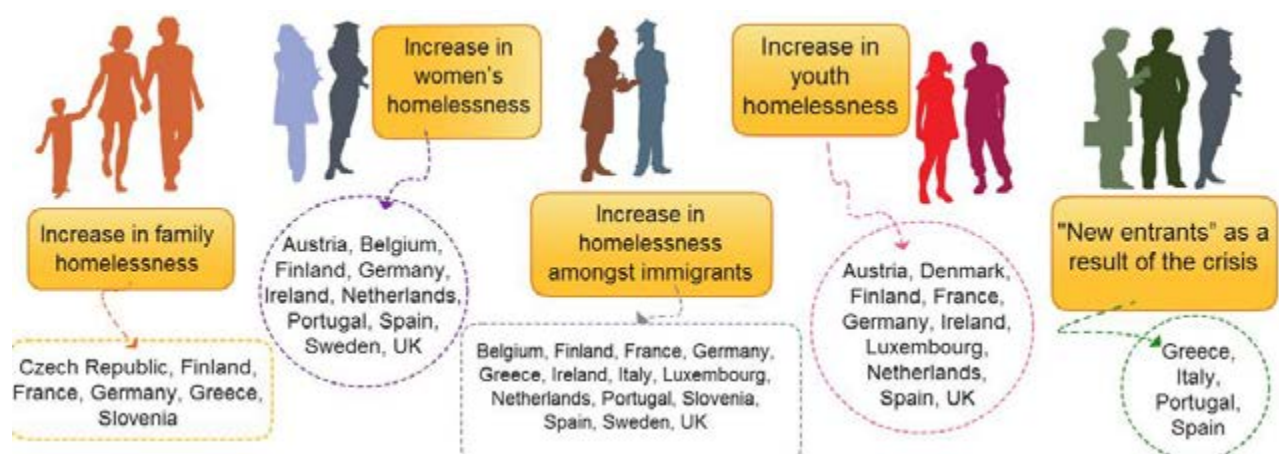
PARC SANITARIA SANT JOAN DE DÉU

COM DEFINIM A LA POBLACIÓ SENSE LLAR

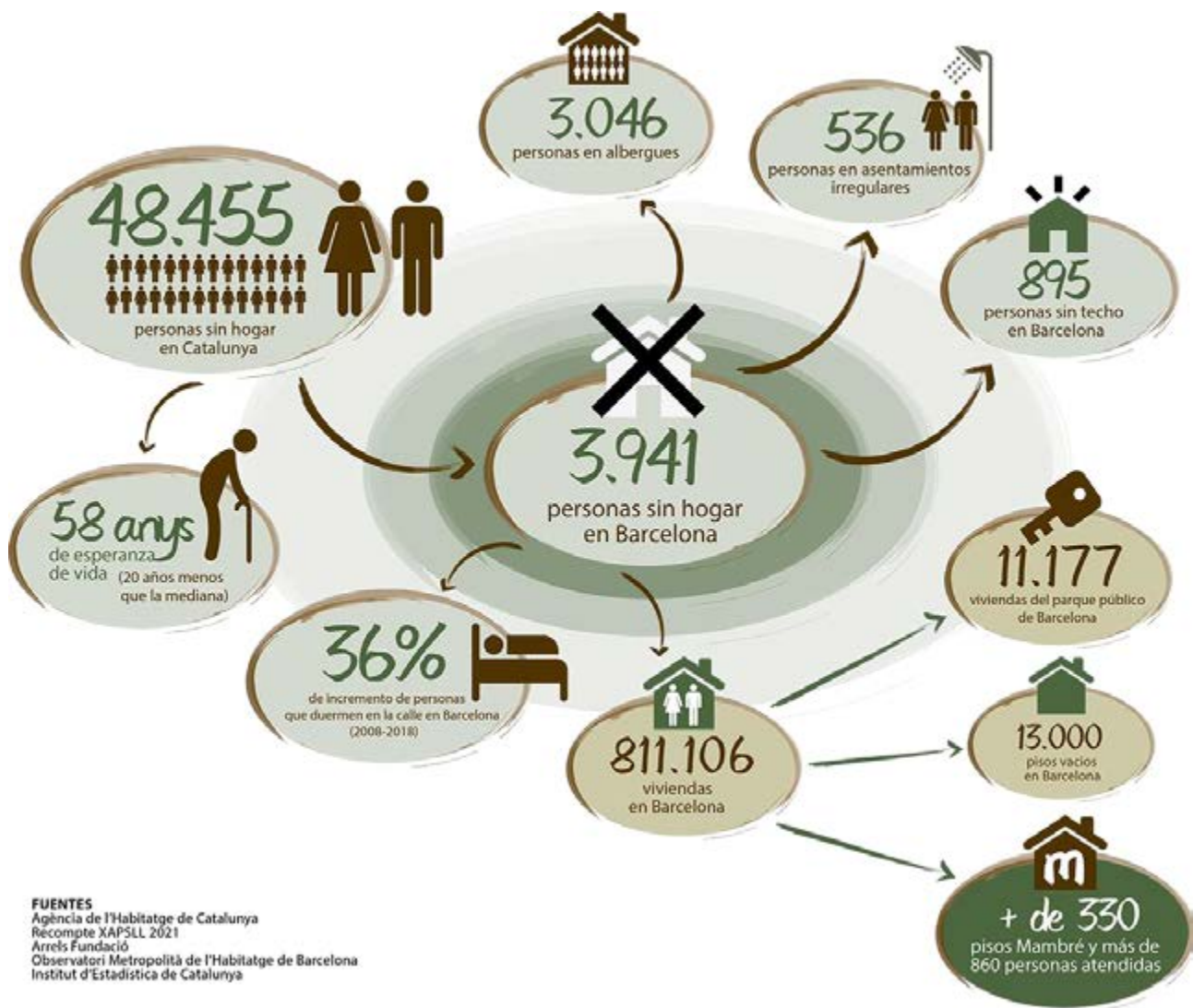
ETHOS: Tipologia Europea de Sense Llar i Exclusió Residencial (font: FEANTSA –Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri–).

- Sense Sense (*Roofless*).
 - Viure a un espai públic (sense domicili).
 - Pernoctar a un alberg i/o estar forçat a passar la resta del dia a un espai públic.
- Sense vivenda (*Houseless*).
 - Estances a centres de serveis o refugis (hostals per als sense llar que permet diversos models d'estança).
 - Viure a refugis per dones.
 - Viure a allotjaments temporals reservats als immigrants i als demandants d'asil.
- Viure a institucions: presons, dintre d'atenció sanitari, hospitals sense tenir a on anar, etc.
- Viure a allotjaments de suport (sense contracte de lloguer)
- Vivenda insegura (*Insecure housing*).
 - Viure a una vivenda sense títol legal (viure temporalment amb familiars o amics de manera involuntària, viure a una vivenda sense contracte de lloguer –queden exclosos els ocupes–, etc.).
 - Notificació legal d'abandonament de la llar.
 - Viure sota l'amenaça de violència per part de la família o la parella.
- Vivenda inadequada.
 - Viure en una estructura temporal o barraca.
 - Viure a una vivenda no apropiada segons la legislació estatal.
 - Viure a una vivenda masificada.

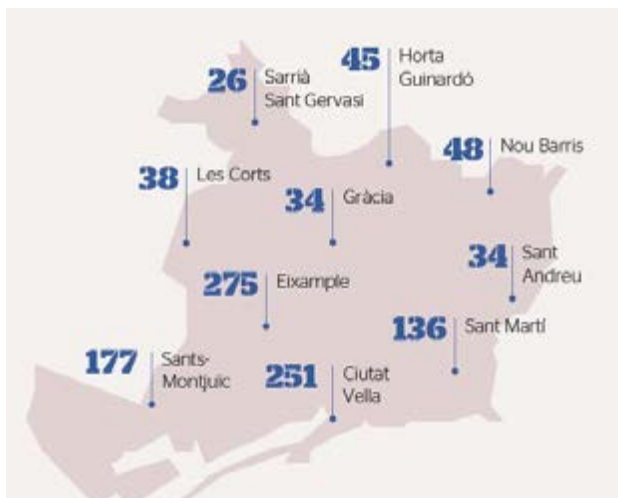
PERFILS DE LA POBLACIÓ SENSE LLAR



POBLACIÓ SENSELLAR A BARCELONA



PERSONES QUE DORMEN AL CARRER



(recompte 2021, Arrels)

ELS ESTUDIS DIUEN...

Segons una revisió sistemàtica (Faze, Khosla, Doll & Geddes, 2008) que analitzava la prevalença de trastorns mentals entre la població sense llar a Europa i Amèrica del Nord, es constata que la prevalença de depressió major i psicosi és més elevada en aquesta població (rang 2,8% - 42,3%), destacant per altra banda la dependència enòlica (prevalença 8,1% - 58,5%) i de tòxics (rang 4,5% - 54,2%).

- Prevalença dels trastorns psicòtics en persones sense llar:
 - Esquizofrenia: 10,29%.
 - Trastorn esquizofreniforme: 2,48%.
 - Trastorn esquizoafectiu: 3,53%.
 - Trastorn psicòtic no especificat 9%

Ayano, Tesfaw y Shumet (2019)

LA SALUT DE LES PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSELLARISME

- Les persones sensellar tenen una esperança de vida menor així com major prevalença de malalties físiques i mentals que la població general (Fazel, 2014 y Aldridge, 2017).
- Psicosis, traumes múltiples i adiccions són causes freqüents de sensellarisme, mentre que la angoixa emocional, la ansietat i la depressió són respostes del sensellarisme (Leng, 2007).
- La multimorbiditat és la situació habitual en la salut d'aquestes persones.

ESMES

L'ESMES es posa en marxa com a pla pilot l'any 1998. Es consolida com a equip l'any 2006 i s' amplia al 2017. Som un equip multidisciplinari integrat per psiquiatres, infermeres especialistes en SM i Gestors de casos.

Els objectius del programa són:

- Donar assistència i tractament a les persones amb trastorn psiquiàtric greu i en situació de sense llar de tota Barcelona que estiguin desvinculats de la xarxa de salut mental.

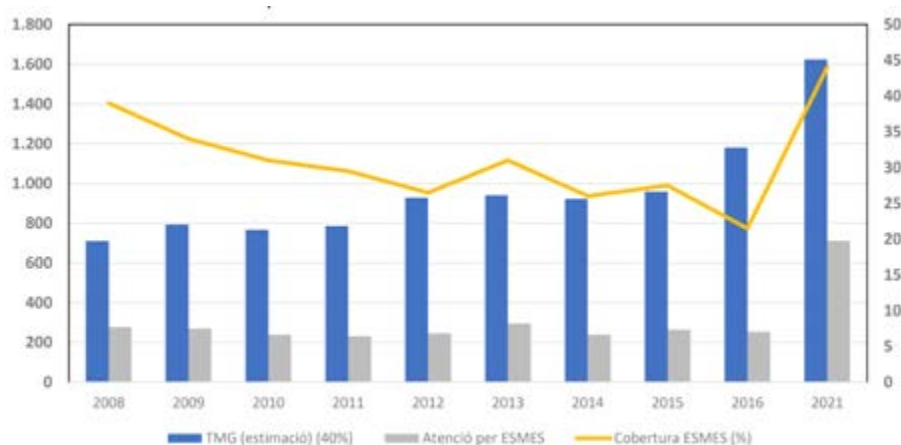
- Afavorir l'acompliment del seguiment del seu trastorn mental i/o patologia dual.
- Millorar i fer més accessible la utilització dels recursos d'hospitalització psiquiàtrica.
- Millorar i fer més accessible la utilització dels serveis socials específics.
- Millorar la permanència en habitatges de la població sense llar.

CRITERIS DE SEGUIMENT A ESMES

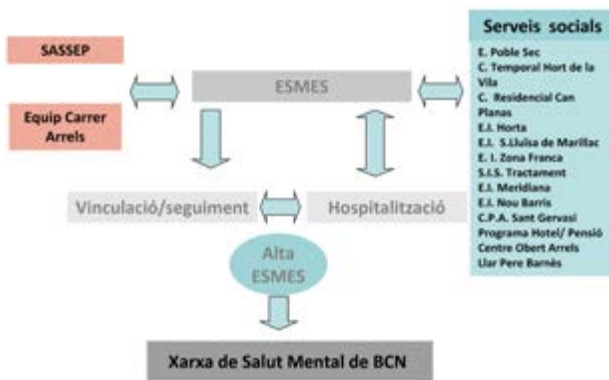
- Tr. Esquizofrènic.
- Tr. Depressiu major-episodi recurrent.
- Tr. Afectiu bipolar maníac.
- Tr. Afectiu bipolar depressiu.
- Tr. Delirant.
- Agorafòbia amb atacs de pànic.
- Tr. Obsessiu Compulsiu.
- Personalitat esquizotípica.
- Tr. Límit de la personalitat - Gravetat clínica (GAF <50).
- Pacients amb dependència enòlica i/o patologia dual.
- En els casos on el diagnòstic principal és un t. per consum de tòxics, l'equip ESMES pot contribuir a la vinculació del pacient a la xarxa específica d'atenció d'aquests trastorns.

PERSONES SENSE LLAR A BCN I SALUT MENTAL

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2021
Població sense llar	1.752	1.959	1.893	1.941	2.292	2.321	2.277	2.365	2.914	4.010
TMG (estimació) (40%)	710	793	767	786	928	940	922	958	1.180	1.625
Atenció per ESMES	277	270	239	231	245	294	239	263	253	711
Cobertura ESMES (%)	39	34	31	30	27	31	26	28	22	44



CIRCUIT D'ATENCIÓ



QUÈ FEM

- Oferim assistència en l'entorn de la persona, sigui al carrer o a centres residencials, de la xarxa d'equipaments socials de la ciutat i a les unitats d'hospitalització psiquiàtica.
- Utilitzem elements de diferents models d'intervenció, basats en la intervenció en primera persona, tractament assertiu comunitari i el respecte als drets de la ciutadania.
- Acompanyem durant el procés fins la vinculació als serveis de salut mental de la xarxa.

COM HO FEM?

Outreach, és la idea de sortir a trobar a les persones, a vegades sense que ho demanin, en lloc d'esperar que vinguin a demanar ajuda .

- Procés no urgent , trobades regulars basades en la vinculació i detecció de necessitats
 - Fase de contacte: establir una relació
 - Fase de clarificació: conèixer, confiar, esbrinar les necessitats
 - Fase d'integració: oferir ajuda

- Fase de recolzament: seguiment
- Fase de conclusió: alta
- Procés urgent:
 - Trasllat voluntari: s'activa el 112.
 - Trasllat involuntari: valoració pel psiquiatre i infermer/a de l'equip.

COM ATENEM?

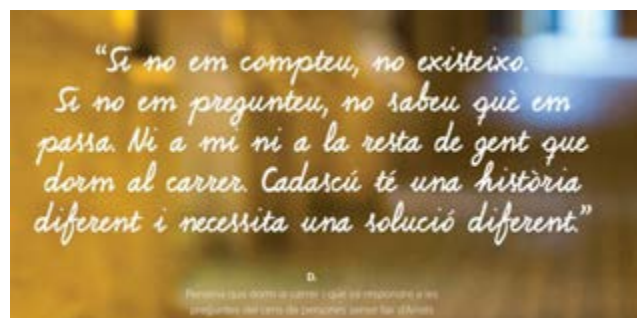
Dret a prendre decisions de forma lliure sobre les seves vides i el seu tractament.

Decidir sobre el tractament que s'administra, decidir sobre aspectes quotidians de la seva vida (on viure i amb qui, tenir parella, tenir fills, treballar, etc.), no ser objecte de incapacitacions arbitràries promovent mesures menys invasives de suport a la presa de decisions. Llibertat de decisió (Art. 3, 12, 14, 23 i 25)

- Eines i metodologia
 - Temps
 - Pacència
 - Confiança
 - Credibilitat
 - Creativitat
 - Oportunitat
 - Empatia i implicació
 - Supervisió
- SUPORT EN LA PRESA DE DECISIONS

REFLEXIONS

- Abordatge dels condicionants socials en les problemàtiques de salut mental
- Importància d'atendre al carrer a les persones en situació de sensellarisme en
- totes les seves dimensions
- Manca de recursos d'allotjament de baixa exigència i de reducció de danys
- Importància de les polítiques de protecció social



LTJ9 CECAS, una porta per sortir de la droga

Ferran Solé, Gemma Suelves, Eulàlia Balaguer

CECAS



El CECAS és promogut per la Conferència Episcopal Tarraconense i Càritas de Catalunya, i rep el suport de l'Orde Hospitalari de Sant Joan de Déu i la Unió de Religiosos de Catalunya (URC).

El seu àmbit territorial és Catalunya. Té 92 places residencials, 30 persones voluntàries i 48 treballadores.

Atén anualment unes 600 famílies i el seu pressupost anual de 2.200.000€ aproximadament.

COM HO FEM? MISSIÓ, VALORS I VISIÓ

VALORS

Afecte, Solidaritat, Responsabilitat Social, Lluita contra la Marginalitat, Compromís, Motivació, Entusiasme, Esperança, Pacència i Tolerància.

MISSIÓ

El CECAS és una Fundació privada sense ànim de lucre que es dedica a l'atenció de persones amb drogodependència, especialment aquelles que es troben en situació d'exclusió social, amb tractaments biopsicosocials i reeducatius considerant les patologies derivades.

S'atén tant la persona com el seu entorn familiar.

Per realitzar aquesta tasca compta amb recursos propis i amb convenis amb l'administració.

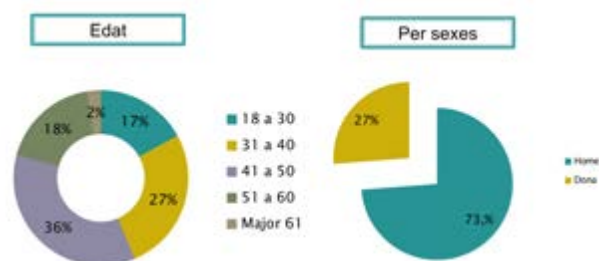
VISIÓ

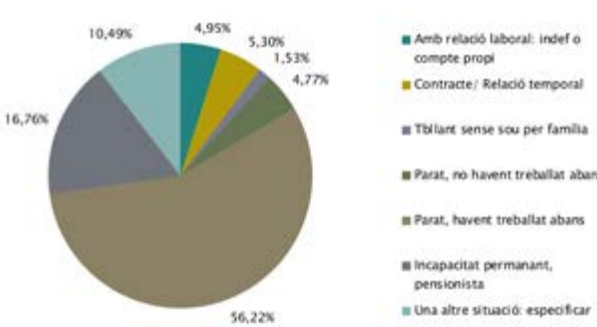
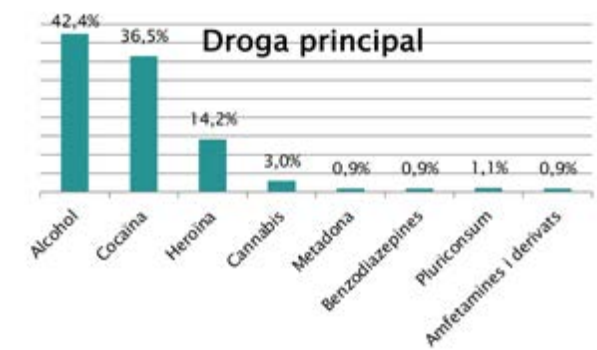
Volem generar espais per atendre, acompanyar i tractar educativa i terapèuticament persones amb problemes addictius, amb especial sensibilitat per aquelles que es troben en situacions de marginació o pocs recursos i que no se'n sortien fàcilment, amb la màxima qualitat de mitjans humans tècnics i econòmics, per ajudar-los a millorar la seva qualitat de vida, autonomia i benestar tenint en compte la seva realitat, potencialitats i capacitats.

MODEL COMUNITARI RESIDENCIAL

- Equilibri entre allò que és individual i allò que és col·lectiu o comunitari.
- Garanteix un espai afectiu que dona la convivència.
- Renovar l'autoconcepte i reforçar la sensació d'autoeficàcia.

PERSONES ATESES

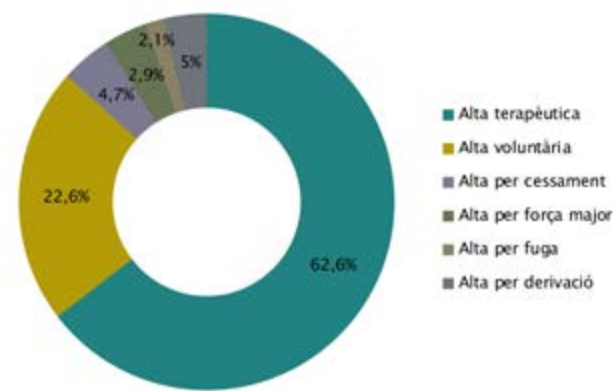




PERFIL PERSONES ATESES 2021

- 600 persones ateses.
- 150 Grups de família realitzats.
- Retenció: 90%
- Índex d'Èxit: 65%
- Centres de Derivació
 - CAS
 - Càritas
 - Iniciativa pròpia
 - Centres penitenciaris

TIPUS D'ALTA (CENTRE DE DIA I RESIDENCIAL)



LA SEPARACIÓ DE GÈNERE: UNA OPORTUNITAT



L'ABORDATGE DE LA PATOLOGIA DUAL DINS D'UN ESPAI INTEGRAL (COL·LABORACIÓ AMB SANT JOAN DE DÉU)

El projecte de Patologia Dual es va iniciar com a Prova Pilot al 2007 i al cap d'un any ja es va consolidar, oferint un espai de Centre de dia de més baixa exigència a través d'un equip interdisciplinari integrat per professionals de diverses disciplines d'ambdues xarxes: drogues (CeCas) i Salut Mental (Programa ESMES de St. Joan de Déu).

L'equip està format per:

- Una Psiquiatra (St. Joan de Déu) i una Infermera especialitzada en Salut Mental (St. Joan de Déu) totes dues de l'equip ESMES un cop per setmana
- Treballadora Social
- Psicòleg
- Metge
- Educadora
- A més a més de l'equip d'Acollida del CECAS

Per tant es va reestructurar la dinàmica del centre per oferir els següents serveis als usuaris de Patologia Dual:

- Entrevistes de seguiment quan es valorés amb l'equip de salut mental i l'equip de Centre de Dia
- Grups Terapèutics amb el Grup de PD
- Seguiment Educador/a i suport Psicòleg/a
- Dinàmica del dia a dia amb la resta de companys. (Virtualitat Sana participant a activitats conjuntes com feines de sector per treballar hàbits laborals, seminaris, esmorzar, etc..)
- Altres activitats / Tallers dins i fora del centre
- A nivell familiar (grups de famílies amb la resta d'usuaris del programa i també només del grup PD)
- Els usuaris faran tot el procés en un mateix espai: des de l'acollida a la reinserció i integració a la comunitat.

Procés d'Entrada:

- Entrevista Treballadora Social:
 - Estudi Social.
 - Estudi Econòmic.
 - Coordinació externa.
 - Gestió llista d'espera.
- Entrevista Mèdica:



- Exploració Orgànica.
- Administració Medicació.
- (Consulta Psiquiàtrica).

- Entrevista Psiquiàtrica.

Criteris per la consulta Psiquiàtrica i valorar tractament al CD de PD:

- Pacients amb un llarg recorregut d'unitats Psiquiàtriques.
- Intents de Suïcidi recents (últim any).
- Ideació suïcida.
- Pacients amb diagnòstics previs.
- Verbalització per part del pacient de trets psiquiàtrics.
- Presència de Medicació Psiquiàtrica.
- Observació dubtosa.

Itinerari i Pla de treball amb la persona:

- Centre de Dia:
 - La importància de construcció d'un vincle, tant amb els professionals com amb la resta d'usuaris
 - Necessitat de ser escoltat
 - Necessitat de ser Cregut
 - Sentiment de pertinença al grup

- Consciència de problema
- I sobretot sentir-se en un espai segur per anar agafant seguretat.
- Objectius específics per cada persona (Pla de tractament individualitzat).
- Coordinació amb altres centre en funció dels objectius que treballem conjuntament amb els usuaris i el perfil de l'usuari.
- Possibilitat d'entrar al pis per un temps limitat (2 places PD)

Alguns dels objectius que es treballen amb la persona durant el procés de tractament:

- Vinculació al CD
- Mantenir l'abstinència
- Millorar hàbits: horaris, salut, higiene personal, alimentació, laborals....
- Seguir pauta medicació
- Treballar les habilitats socials
- Treballar identificació dificultats i aspectes a treballar
- Treballar les responsabilitats
- Treballar la consolidació abstinència
- Treballar ser capaç de demanar ajuda per prevenir recaigudes i identificar situacions de risc
- Treballar la integració a la comunitat
- etc, etc....

La importància del Treball social en la derivació o Desvinculació Gradual, treball en xarxa

La coordinació amb altres entitats permet realitzar la desvinculació d'una manera molt gradual.

Algunes de les entitats amb les que ens coordinem i n'hi ha més:

- Tres Turons.
- La Calaixera (AREP)
- Joia
- F. Tallers de Catalunya
- Parc Sanitari St. Joan de Déu.
- Fundació Dau
- Club Social Aixec
- Club Social Marianao
- CSMs
- CAS de referència
- Gimnasos
- Centre Cívics...
- Fundació Mambré

Valoració general que en fem :

- Poder atendre a una població amb altres tipus de demandes.
- Entendre la funcionalitat de la drogodependència en alguns casos.
- Oferir un espai segur al pacient. "Actuar In situ"
- Alt grau de permanència / vinculació al grup.
- Presència de la Família.
- Vincular a l'usuari amb centres adequats a les seves necessitats. (pre-laborals, sanitàries, oci...)
- Quan hi han recaigudes es re-estableix el vincle, treballar la recaiguda.
"Hablo solo para calmarme pero la gente se aparta."
"Ahora he encontrado mi sitio: el Pre-laboral. Ahora veo que lo que tengo es una enfermedad mental. Las drogas las tomaba para estar bien con la cabeza."
"Al consumir me crecen las paranoias."
"Vine aquí sin ninguna motivación, obligado, casi a rastras; lo pase muy mal al principio, hasta que entendí y acepté mi situación."
"Tengo miedo a la Soledad, a no saber reaccionar, a recaer..."

PROGRAMA DE SUPORT FAMILIAR

"La família esdevé un dels factors de protecció i d'inserció més importants per a les persones"

Informe FOESSA

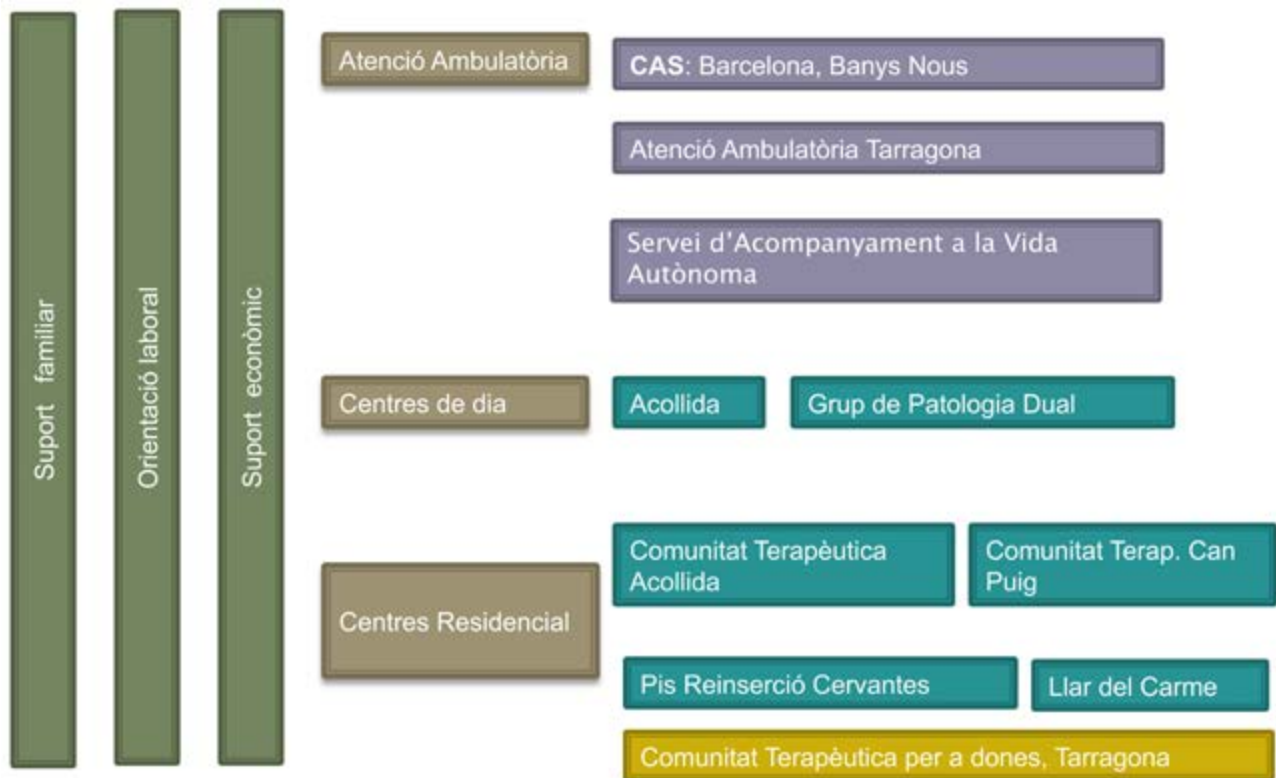
- Atendre a tothom, especialment a les persones amb major risc d'exclusió social. S'atenen a persones sense papers
- Que els recursos econòmics no siguin mai un criteri d'exclusió. Això és possible gràcies al suport del Patronat

Repte: Lluita contra l'estigma

ELS CENTRES I SERVEIS

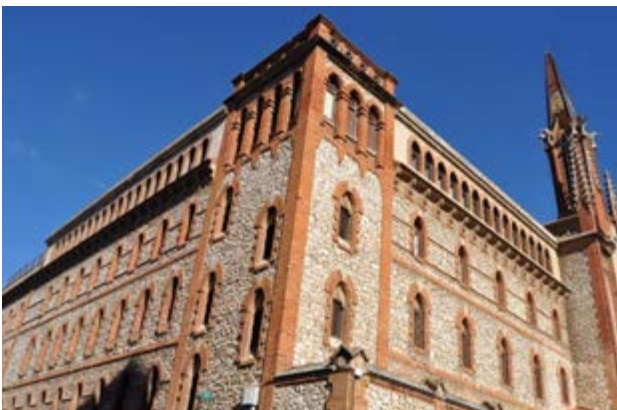


Comunitat Terapèutica per a dones. Tarragona



- Edifici Carmelitas
- 20 places residencials
- Atenció ambulatòria
- 106 dies d'estada mitja (3,5 mesos)

Edifici Banys Nous. Barcelona



- CAS
- Centre de Dia.
- Comunitat Terapèutica: Fase Acollida.
- Serveis Generals



Comunitat Terapèutica Can Puig. Sant Cugat del Vallès



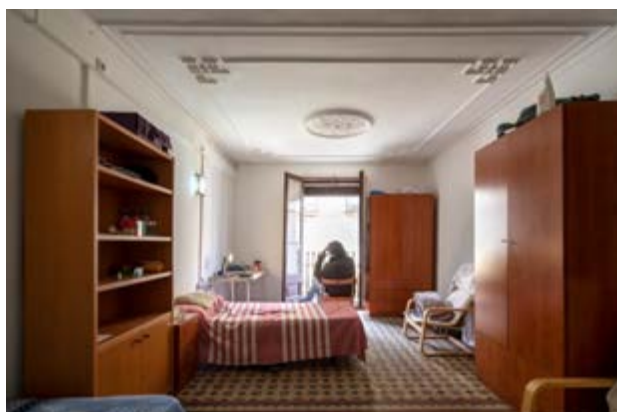
- Parc de Collserola
- Col·laboració amb Consorci Serveis Socials de Barcelona
- 35 Places
- Comunitat Terapèutica
- 104 dies d'estada mitja (3,5 mesos)

Pis Cervantes. Barcelona



- Pis de Reinserció Social
- 8 places
- 87 dies d'estada mitja (3 mesos)

Pis d'inclusió Llar del Carme. Barcelona



Col·laboració amb

- Fundació Mambré.
- Pis cedit per
- l'Ajuntament de Barcelona.
- 5 places



LTJ10 Hospital de dia de salut mental i addiccions de baixa exigència

Anna Romaguera

PSIQUIATRA CENTRES DE SALUT MENTAL I ADICCIONS (CSMIA) GRÀCIA, HOSPITAL MARE DE DÉU DE LA MERCÈ, BARCELONA

JUSTIFICACIÓ

La filosofia assistencial de l'Hospital Mare de Déu de la Mercè parteix d'una concepció integral biopsicosocial de l'individu, una anàlisi multidimensional de les necessitats dels usuaris, realitzat per tot l'equip interdisciplinari i una planificació assistencial individual per objectius personalitzats.

El model d'atenció a la salut mental i addiccions que es va consensuar a Catalunya entre Administració, professionals, entitats i usuaris i que està impulsant el Pla Director de Salut Mental i Addiccions (creat per decret 30/2006 de 28 de febrer), té com a objectius:

- **L'enfocament comunitari** en els serveis i en les prestacions.
- Amb un model d'**atenció més preventiu i proactiu**, orientat a les necessitats dels serveis i amb una visió global i de continuïtat assistencial basat en el treball en xarxa.
- **Model basat en la integració** com a objectiu de millora permanent, integració entre les **xarxes especialitzades de salut mental i drogodependències** i la integració en l'entorn de l'**atenció primària de salut**, amb una organització eficient dels serveis i amb base territorial.
- El model s'organitza en àmbits d'intervenció diferenciats per tipologia de malaltia i **complexitat d'intervencions**, entesa com a complexitat d'**atenció integral** més que al grau d'especialització, i entorn de serveis on aquests poden resultar més eficients.

L'Hospital de dia de Salut Mental i Addiccions de Gràcia, que neix l'1 d'abril de 2021, està dirigit a una població en edat adulta amb simptomatologia psiquiàtrica i conductes addictives en actiu.

Per tant, a l'hora d'estructurar un programa terapèutic, abordem la simptomatologia psiquiàtrica i l'addicció present, integrant accions de prevenció de recaigudes, espais d'esport i meditació, educació sanitària en recuperació d'hàbits, grups d'autoconeixement



Menjador

i creixement personal, consciència de malaltia etc., sota una perspectiva multidisciplinària i biopsicosocial, són capaços d'abordar el procés de l'addicció i de consciència de malaltia.

MISSIÓ I VISIÓ DEL RECURS

Atendre en format d'hospitalització de dia a persones amb malaltia mental greu i a persones que puguin presentar de forma afegida una addicció que d'una o altra manera modifica i condiciona l'evolució del trastorn mental i possiblement afecta a tots els àmbits de la vida de la persona més enllà de la individualitat: familiar, educacional, laboral, social, etc.

L'atenció d'aquestes persones ha de ser amb un enfocament biopsicosocial i espiritual, a més de fer-ho d'una manera integrada amb tots els dispositius sanitaris, socials i de forma interdepartamental.

L'Hospital de Dia estarà dirigit als usuaris dels CAS/CSMA/CSMiA que sense necessitar o voler una hospitalització requereixen d'una atenció més global i intensiva que la que se'ls hi pot oferir en aquests recursos.

En la nostra pràctica clínica diària s'evidencia un buit assistencial per alguns usuaris afectes de malaltia mental

i ús de substàncies o de trastorn per ús de substàncies únicament, que no són subsidiaris d'entrar en una Unitat d'hospitalització, però tampoc no poden entrar en un Hospital de Dia d'addiccions donat que aquests tenen programes d'alta exigència demanant abstinència completa, essent el consum de drogues un criteri d'exclusió.

OBJECTIUS

Proporcionar atenció intensiva a les persones que es trobin afectes d'un trastorn per ús de substàncies o patologia dual, oferint-los orientació, intervenció integral i tractament específic, i que no requereixen o no desitgin una hospitalització total, i/o que encara es troben en estats previs al tractament (estats contemplatius, de decisió i d'acció).

- Contenir les recaigudes dels usuaris del CAS/CSMA/CSMiA que es troben en situació de fragilitat i que requereixen d'un suport més intensiu per tornar a assolir l'abstinència, i en els que l'atenció al CAS/CSMA/CSMiA no és suficient.
- Oferir un espai especialitzat de contenció i treball psicoterapèutic i mèdic previ a la hospitalització, el que suposaria en molts casos una reducció dels consums i secundàriament una millor evolució dels pacients durant el procés de desintoxicació hospitalària.
- Desenvolupar segons necessitats del territori abastat un programa per usuaris afectats de consum d'alcohol, amb especial èmfasi en la gent gran. L'Hospital Mare de Déu de la Mercè es troba en disposició d'aconseguir una homogeneïtzació de l'atenció de les persones afectes de trastorn per abús d'alcohol des de l'edat adulta jove fins l'adult gran, incloent l'atenció en tots els àmbits, ambulatori, atenció domiciliària, hospitalització parcial, hospitalització total; i atenent a diferents situacions clíniques, incloent les alteracions cognitives de diversos graus, així com les diferents situacions socials, des dels pacients amb suport sociofamiliar, fins a les persones sense sostre
- Nosaltres detectem una elevada prevalença al nostre sector de consum problemàtic de cànnabis en gent jove, que es troben en estats previs al tractament (fases de precontemplació, i contemplació), que no serien candidats a un ingrés hospitalari, però sí requereixen un treball específic per les característiques d'aquest grup i podrien en alguns casos beneficiar-se d'una hospitalització parcial.



Sala de reunió

- Ens plantejem un contínuum assistencial entre el Hospital de dia de St. Pau i el nostre Hospital de dia en casos d'elevada fragilitat i en que el risc de recaiguda i les dificultats a nivell funcional i/o social exigeixen un treball a més llarg termini.

CRITERIS

Criteris d'inclusió

- Usuaris del CAS/CSMA/CSMiA en situació de fragilitat que requereixen d'un suport més intensiu que el que pugui oferir els recursos ambulatoris per mantenir l'abstinència i/o contenir recaigudes.
- Usuaris afectes d'un trastorn per ús de substàncies psicoactives i/o patologia dual, que no vulguin o no requereixen una hospitalització completa.
- Usuaris en període d'espera per a ingrés a Unitats hospitalàries de desintoxicació, a fi de treballar reducció de consums i preparar el procés.
- Usuaris que han sigut alta de les Unitats de desintoxicació en casos de risc de recaiguda o fragilitat important.
- de dia d'addiccions de St. Pau (d'alta exigència) en casos d'elevada fragilitat i en que el risc de recaiguda i les dificultats a nivell funcional i/o social exigeixen un treball a més llarg termini.

Criteris d'exclusió

- Pacients que requereixen d'una hospitalització per descompensació important de qualsevol de les patologies
- Pacients amb risc orgànic important.
- Trastorns de conducta disruptius.



Sala snoezelen

- Pacients amb consums de tòxics molt importants i/o poc insight, més candidats a REDAN.
- Quan l'ingrés no tingui una motivació clínica. En aquest sentit cal precisar que el Hospital de Dia no és una unitat de compliment de mesures penals alternatives per a persones amb aquesta patologia o un recurs social, sinó que es tracta d'una unitat d'hospitalització parcial.
- Discapacitat intel·lectual moderada o greu que dificulti la integració en el normal funcionament de la unitat.

PROCÉS ASSISTENCIAL

Fluxe assistencial

Procedència

- Xarxa de salut mental:
 - Unitats d'hospitalització d'aguts de salut mental o patologia dual (servei de psiquiatria d'un hospital general o la secció corresponent d'un hospital psiquiàtric).
 - Centres de salut mental d'adults (CSMA/CSMiA).
 - Hospital de dia de salut mental.
 - Unitats d'aguts de salut mental o patologia dual.
 - Centres de dia de Salut Mental.
- Xarxa d'atenció a les drogodependències:
 - Centres d'atenció i seguiment a les drogodependències (CAS/CSMiA).
 - Unitats hospitalàries de desintoxicació.
 - Hospitals de dia d'alta exigència d'atenció a les drogodependències

En els 89 pacients amb ingrés i alta entre l'1 d'abril de 2021 (apertura del recurs) i el 30 d'abril de 2022, la procedència va ser:

	Freqüència	Percentatge
CAS	17	19,1%
CSMA	1	1,1%
CSMiA Gràcia	41	46,1%
UHD	7	7,9%
Subaguts	15	16,9%
Aguts	2	2,2%
Ingrés mèdic	1	1,1%
Urgències	1	1,1%
Neuropsiquiatria	2	2,2%
REDAN	1	1,1%
UADP	1	1,1%
	89	100,0%

Procediment d'alta del Hospital de Dia

- Una vegada complert l'objectiu d'ingrés a la Unitat i amb l'objectiu d'assegurar la continuïtat de cura, el pacient serà derivat al tractament hospitalari corresponent. Anteriorment es contactarà telefònicament amb el professional responsable per acordar la data de alta, en menys de 15 dies.
- La derivació, de la que es farà saber al pacient amb la suficient antelació, sempre inclourà l'informe d'alta. Es veurà per la màxima comunicació entre el personal de la Unitat i el pacient al llarg de tot el període de permanència en la mateixa.

Derivacions a l'alta:

- CAS o CSMA de referència.
- Centres de la xarxa de drogodependències: pisos de reinserció, centres de dia, comunitats terapèutiques.
- Centres de la xarxa de Salut mental: serveis de rehabilitació comunitària, centres de dia, clubs socials, entre d'altres.
- Programes de reinserció sociolaboral: entitats de servei prelaboral, cursos del SOC, cursos de formació d'entitats privades, cursos d'idiomes, entre d'altres.
- A serveis o entitats per oci i temps lliure: com voluntariats

En els 89 pacients amb ingrés i alta entre l'1 d'abril de 2021 (apertura del recurs) i el 30 d'abril de 2022, un 42,7% de les altes van ser terapèutiques (CSMA, CAS, CSMiA, CT, PPRR) i un 21,3% dels pacients

van ser derivats a ingrés (UHD, subaguts, HD, medicina). La resta d'altres han estat en la seva majoria per absentisme (23,6%), encara que també hi ha hagut altres voluntàries (5,6%) o per expulsió en cas de conflicte (6,7%). Els destins a l'alta van ser:

	Freqüència	Percentatge
CAS	20	22,5%
CSMA	6	6,7%
CSMiA	38	42,7%
UHD	10	11,2%
Subaguts	7	7,9%
CT	1	1,1%
PPRR	4	4,5%
Ingrés Medicina	2	2,2%
HD Neuropsiquiatria	1	1,1%
Total	89	100,0%

Tipologia de la intervenció

El tipus d'intervenció a l'hospital de dia ha de tenir present diferents línies d'intervenció:

- Perspectiva holística, integral i multidisciplinar de les intervencions.
- Integració de les necessitats bio-psico-socials i espirituals.
- Individualització del procés a les necessitats de cada pacient.
- Adaptació de la intervenció segons diferents moments de la malaltia.

El programa d'atenció treballa diferents aspectes en forma de tallers i grups que es realitzen tant dintre com a fora del espai físic del hospital de dia. S'estableixen objectius individualitzats per cada persona que es treballen cada setmana així com enfocant cada sessió grupal a les necessitats presents de cada un/a de les persones ateses.

La intervenció es realitza des de les vessants:

- **Psicoeducativa:** Informació actualitzada i comprensible sobre la malaltia, emfatitzant la relació entre vulnerabilitat biològica i psicosocial, i la susceptibilitat a l'estrès i sobre-estimulació. Els ensenya a discriminar els símptomes i els pròdroms, així com a valorar el tractament com a factor de protecció. També se'ls hi ensenya a reconèixer els possibles efectes secundaris de la medicació i a saber informar d'ells al psiquiatra. I s'incrementa la comprensió i habilitat d'afrontament de l'estrès ambiental i la solució de problemes en matèria de prevenció de recaigudes, considerant-lo com un factor de risc,

juntament amb el consum substàncies tòxiques i els canvis en les circumstàncies de la vida quotidiana.

- **Funcional:** Per millorar les activitats de la vida diària i habilitats socials, factors clau per la reintegració en la comunitat.
- **Física:** El sedentarisme, el consum de substàncies, els hàbits dietètics inadequats i l'afectació metabòlica relacionats amb la malaltia i amb alguns psicofàrmacs, incrementen notablement la mortalitat i agreugen les dificultats cognitives, motivacionals i motrius. Son necessaris els controls mèdics i la promoció de l'exercici físic.
- **Participació de les famílies** per a la consecució d'aquests objectius, tant a través dels Grups d'Ajuda Terapèutica per a famílies i cuidadors del CS-MIA, com a través del Programa de Sessions Educatives per a la família (emmarcat en el programa de formació de l'Hospital). També es poden treballar aspectes individuals de cada persona atesa en sessions individuals amb la família.
- **Integració a la Comunitat:** augmentem les possibilitats de participació social i promovem la igualtat d'oportunitats en l'exercici de rols a la comunitat a través del programa de sortides terapèutiques, de la coordinació amb altres recursos socials i de l'entorn cívica.

Tipologia d'usuaris

S'analitzen a les dades dels pacients amb ingrés i alta entre l'1 d'abril de 2021 (apertura del recurs) i el 30 d'abril de 2022.

Al llarg d'aquests 13 mesos s'ha ingressat i donat l'alta a un total de 89 pacients, sent un 56,2% homes, un 42,7% dones i 1,1% sexe no binari, amb una mitjana d'edat de 42,38 anys. La durada mitjana de l'ingrés va ser de 3 mesos. La substància principal que va motivar l'ingrés va ser l'alcohol en un 44,9%, seguida de la cocaïna (37,1%) i el cànnabis (11,2%). Un 83,1% dels pacients eren duals. A l'ingrés es trobava en consum actiu de la substància principal el 82% i a l'alta el 64% dels pacients.

Un 83,1% dels pacients eren duals, associant-se al diagnòstic d'un altre trastorn per ús de substàncies (TUS) o altres diagnòstics psiquiàtrics no TUS: 39,3% tr. Personalitat, 36% tr. afectiu, 21,3% tr. Psicòtic, 9% tr. Ansietat, 11,2% TDAH, 2,2% joc patològic, 6,7% TCA, 6,7% deteriorament cognitiu.

A més de l'ús de la substància principal, un 92,1% presentava TU nicotina, un 73% TU alcohol, un 44,9% TU cocaïna, un 41,6% TU cànnabis, un 13,5%

TU sedants, un 7,9% TU amfetamines, un 6,7% TU mòrfics, un 5,6% TU heroïna i un 1.1% TU ketamina.

Es tracta d'un dispositiu jove en el seu primer any de funcionament. S'objectiva un elevat percentatge de pacient dual, amb temps més llargs d'ingrés i coordinació contínua amb altres dispositius. Cal destacar la bona convivència dels pacients en consum encara actiu amb aquells en abstinència primerenca.

Recursos humans del hospital de dia

- Un/a professional responsable del recurs y psicologia: 37,5 hores a la setmana.
- Un/a professional en psiquiatria: 26,5 hores a la setmana
- Un/a professional d'infermeria: 36,5h hores a la setmana
- Un/a professional d'integració social: 36,5 hores a la setmana.
- Un/a professional en treballadora social: 9 hores a la setmana.

També hem contat amb personal de voluntariat i pacients experts donant alguna classe i taller.

Programa d'intervenció

S'organitza a partir dels següents supòsits:

- Perspectiva holística, integral i multidisciplinar de les intervencions.
- Integració de les necessitats bio-psico-social i espirituals.
- Individualització del procés a les necessitats de cada pacient.
- Adaptació de la intervenció segons diferents moments de la malaltia.

En circumstàncies normals es desenvolupava normalment tan dins, en tallers, grups i espais individuals amb cada professional del hospital de dia, com fora del centre en sortides culturals.

Programa d'intervenció i tractament

El programa d'intervenció comprèn grups i tallers de diferents temàtiques i dissenyats i impartits pels diferents professionals del centre. Aquest són els següents:

- PSIQUIATRIA
 - Assemblea

- Mindfulness
- Teràpia intensiva d'addiccions
- Autoconeixement i sexualitat
- PSICOLOGIA
 - Assemblea
 - Gestió d'emocions diàries
 - Autoconeixement i creixement personal
- INTEGRACIÓ SOCIAL
 - Assemblea
 - Reinserció sociolaboral
 - Habilitats socials
 - Objectius diaris i setmanals
 - Esport
 - Cine fòrum
 - Biblioteca
 - Jocs de taula creatius i de pensament constructiu
 - Educació financera, gestió econòmica i familiar
 - Relaxació
 - Sortides culturals
- INFERMERIA
 - Assemblea
 - Control d'impulsos
 - Hàbits saludables
 - Esport
 - Medicació conscient i consciència de malaltia.
 - Cine fòrum
 - Ioga
 - Reducció de danys
 - Sortides culturals
- TREBALL SOCIAL
 - Recursos personals i socials
- ALTRES COL·LABORADORS
 - Voluntariat: classes de català per adults.
 - Pacients experts:
 - Espai d'escriptura creativa i poesia i classes de llengua castellana.
 - Art-teràpia.
- SORTIDES CULTURALS: ParcGüell, Cosmo-caixa, Búnquers del Carmel, Expo Disseny HUB, Laberint d'Horta, Masia Can Verdaguer-parc Guineueta, MNAC, Museu Picasso, Palau Virreina, Ruta Parets amb ànima, Parc de Torre Baró...
- VISITES I CONFERENCIES
 - Hem tingut la ponència de Jordi Llovet, actor.
 - Hem tingut la visita de Brigitta Lamoure, col·laboradora de BTV
 - Hem tingut un taller de Ball a càrrec de Laurence de Maeyer, professor de dansa a Operación Triunfo.

Exemple horari d'activitats Hospital de dia

HORARI I ACTIVITATS						
 Germanes Hospitalàries HOSPITAL NARC DE JESÚS DE LA VELLA		HOSPITAL DE DIA SALUT MENTAL I ADICCIONS CSMIA GRACIA				
		DILLUNS	DIMARTS	DIMECRES	DIJOUS	DIVENDRES
	8h a 9h	REUNIO EQUIP HD				
	09h	ARRIBADA	ARRIBADA	ARRIBADA	ARRIBADA	ARRIBADA
GRUP	09h a 9:50h	OBJECTIUS DIARIS I SETMANALS	ESPORT	YOGA (cada 15 dies) BIBLIOTECA (cada 15 dies)	ESPORT	OBJECTIUS DIARIS I SETMANALS
		Sara	Sara i Randy		Sara i Randy	Sara
	9:50h a 10h	DESCANS	DESCANS		DESCANS	DESCANS
GRUP	10h a 10:50h	GESTIO D'EMOCIONS DIÀRIES	AUTOCONeixEMENT I CREIXEMENT PERSONAL		RECURSOS SOCIALS	OCI I TEMPS LLIURE
		Gemma	Gemma	Sara/ Randy	Anna P	Sara
	10:50h a 11:20h	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS
GRUP	11:20h a 12:10h	CONTROL D'IMPULSOS	HABILITATS SOCIALS	EDUCACIÓ FINANCERA / GESTIÓ ECONÒMICA I FAMILIAR	REINSERCIÓ SOCIOLABORAL	HÀBITOS SALUDABLES
		Randy	Sara	Sara	Sara	Randy
	12:10h a 12:20h	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS	DESCANS
GRUP	12:20h a 13:10h	AUTOCONeixEMENT I SEXUALITAT	TERÀPIA INTENSIVA ADDICCIONS	MINDFULNESS	ASSAMBLEA	ESCRITURA CREATIVA
		Anna R	Anna R	Anna R	Sara, Randy, Gemma	Sara
	13:10h a 13:20h	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR	DESCANS /PREPARACIÓ DEL MENJADOR
	13:20h a 14:30h	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR	ESPAI DE DINAR
	14:30h a 14:40h	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR	DESCANS/ENDREÇAR MENJADOR
GRUPS	14:30h a 15:20h	MEDICACIÓ CONSCIENT I CONSCIÈNCIA DE MALALTIA	CINE FORUM	LLENGUA: CLASSES D'ANGLES	REDUCCIÓ DE DANYS	ARTETERÀPIA
		Randy		Randy	Randy	
	15:20 a 15:30	DESCANS		DESCANS	DESCANS	
GRUPS	15:30 a 16:20	HÀBITOS SALUDABLES		JUEGOS DE MESA	RELAXACIÓ	
		Randy		Sara	Sara	Elisa
	16:20-16:30	DESCANS			DESCANS	DESCANS
GRUPS	16:30 a 17:00	COMIAT / REPÀS DEL DIA		COMIAT / REPÀS DEL DIA	COMIAT / REPÀS DEL DIA	COMIAT / REPÀS DEL DIA
		Randy	Sara / Randy	Randy	Randy	Sara

CONCLUSIONS

- Es tracta d'un dispositiu jove en el seu primer any de funcionament.
- En les primeres setmanes del recurs van despuntar altes voluntàries i per absentisme, que van baixar en implementar entrevistes preingrés.
- S'objectiva un elevat percentatge de pacient dual en el dispositiu, amb temps més llargs d'ingrés i coordinació contínua amb altres dispositius.

Cal destacar la bona convivència dels pacients en consum encara actiu amb aquells pacients en abstinència primerenca.

LTJ11 Programa de patologia dual en els serveis de recuperació de salut mental i addiccions

Judith Martínez

COORDINADORA ÀREA DE REHABILITACIÓ I PSICÒLOGA.
FORMACIÓ ESPECIALITZADA EN ART TERÀPIA

Laia Molist

EDUCADORA SOCIAL I PREPARADORA LABORAL.
FORMACIÓ ESPECIALITZADA EN COACHING SISTÈMIC
I EN PNL OSONAMENT



QUI SOM

Osonament és una entitat sense ànim lucre nascuda a l'any 1978 que té com a missió afavorir el desenvolupament integral de la persona i la millora de la seva qualitat de vida, mitjançant activitats i serveis d'àmbit comunitari per a la promoció, prevenció i l'atenció

de la salut mental, les addiccions i la logopèdia, a l'entorn de la comarca d'Osona

Compromís / Professionalitat / Treball en equip / Ètica i transparència/ Responsabilitat i Sostenibilitat

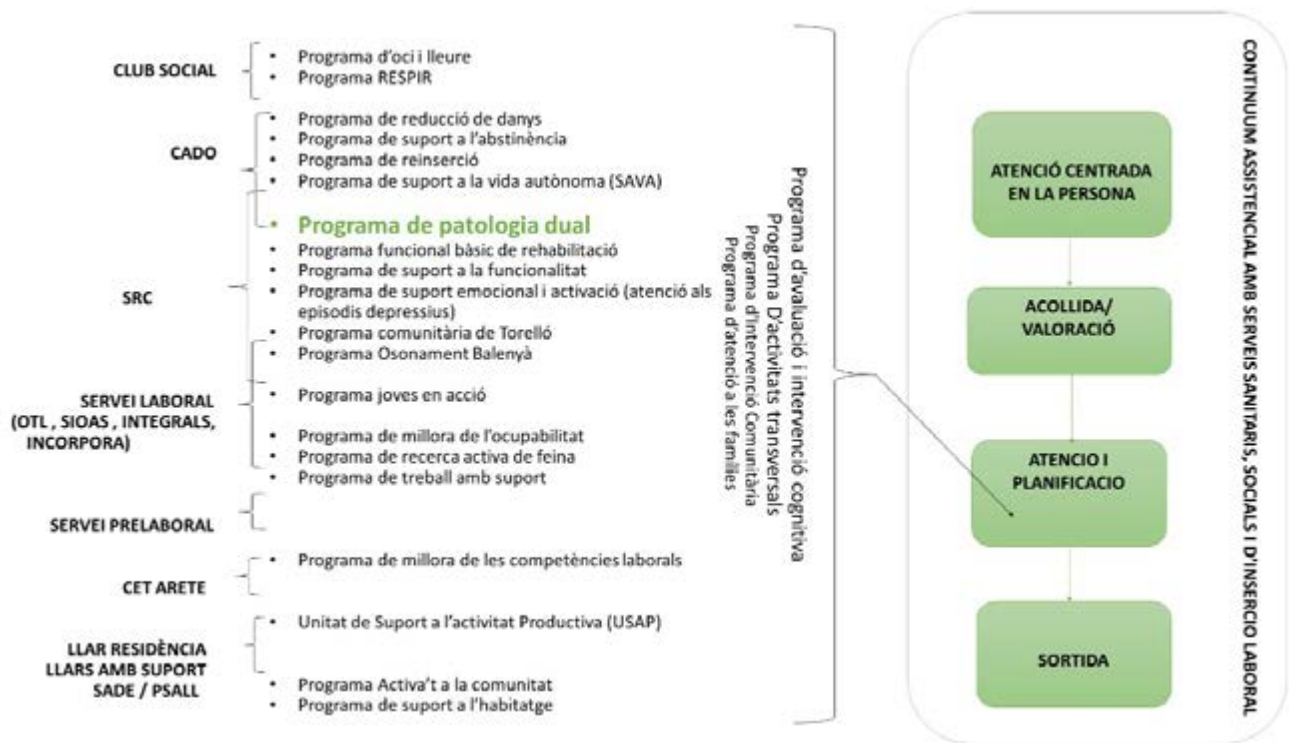
L'àmbit d'actuació d'Osonament és la comarca d'Osona, província de Barcelona. Població Osona (50 municipis).

Habitants: **163.702 persones** (131,5 hab/km²)

ORGANIGRAMA



PROGRAMES D'INTERVENCIÓ



PROGRAMA DE PATOLOGIA DUAL

A qui va dirigit?

- Persones amb diagnòstic dual (salut mental i consum de substàncies)
- Persones d'edats compreses entre els 16 i els 65 anys
- Estabilitat psicopatològica en el moment de la derivació
- Sense cap tipus de discapacitat intel·lectual de base.
- Nivell cognitiu, d'introspecció i funcionalitat mig-alt
- Mínima consciència de problema
- Motivació pel canvi
- Voluntarietat per participar al programa

Objectiu General

- Oferir una atenció integral a la persona amb patologia dual en la seva globalitat tenint en compte la interacció entre les dues patologies i la influència en la funcionalitat de la persona.

Objectius específics

- Millorar la consciència i coneixement del problema de salut mental i el trastorn addictiu

- Donar eines per poder autogestionar els símptomes del problema de salut mental i addicció
- Reduir els danys associats al consum
- Resoldre ambivalència i potenciar la motivació al canvi en relació a l'estat de consum
- Garantir la implicació i/o adherència al tractament
- Afavorir l'estabilització i prevenir recaigudes
- Potenciar la motivació laboral o formativa o ocupacional
- Identificar les pròpies competències transversals que poden ajudar al procés de recuperació

Equip professional

L'equip professional que intervé en les sessions grupals o seguiments individuals consta de 1 educadora social, una psicòloga i una preparadora laboral en funció de les necessitats de la persona.

En la elaboració dels plans de treball intervenen també els professionals de l'àrea de salut mental i addiccions del consorci hospitalari de Vic. S'elabora una pla de treball integral consensuat abans amb la pròpia persona per acordar els objectius a treballar.

 CONSORCI HOSPITALARI DE VIC	 osonament
Serveis de psiquiatria i salut mental	Àrea de rehabilitació de Osonament
✓ Infermera	✓ Psicòloga
✓ Treballador social	✓ Educadora social
✓ Psiquiatre/a	✓ Preparadora laboral

Metodologia

El programa consta de:

- Activitats grupals: grup psicoeducatiu, grup de competències transversals, art teràpia
- Activitats complementàries (en funció de la necessitat de la persona): activitat física, gestió emocional, estimulació cognitiva i/o oci
- Seguiments individuals amb educadora social i/o preparadora laboral referent + psicologia
 - Tècniques motivacionals
 - Tècniques cognitiu-conductuals
 - Tècniques de PNL

Intervenció

La intervenció es basa en el model d'atenció centrada en la persona, èmfasis en:

- Motivació
- Reducció de danys
- Treball amb la família i/o entorn
- Inclusió
- Pro-activitat
- Objectius i interessos personals / projecte de vida

Grup Psicoeducatiu

- El trastorn addictiu
- Alteracions conductuals i psíquiques associades al consum
- Psicoeducació en salut mental
- La interacció entre el trastorn addictiu i la problemàtica de salut mental
- Riscos i factors associats al consum
- Control de danys en les addiccions
- Prevenció de recaigudes (tant a nivell de consum com de la problemàtica de salut mental)
- Psicoeducació en Tractaments farmacològics
- Tractaments psicològics: pautes de maneig de la toxicomania i de control de símptomes psiquiàtrics
- Recursos assistencials de la xarxa: tipus i accés

Competències / Art teràpia

Reforç de Competències	Art teràpia
Apoderar la persona i que ella mateixa pugui fer aquest propi apoderament.	Expressió i transformació d'emocions, sentiments i pensaments a través de la integració de diferents formes artístiques.
Evidenciar les accions positives que ha fet per millorar el seu procés de recuperació.	Potenciació de la creativitat, autoestima i les competències personals.
Treball de competències transversals per tal de buscar un objectiu més enllà del procés de recuperació a nivell de salut, ja sigui laboral, formatiu, voluntariat, ocupacional...	Treballar la comunicació no verbal i verbal.
Identificar creences personals per tal de trencar amb els patrons de conducta negatius que tenen establerts.	Afavorir la relació interpersonal, l'escolta d'un mateix i el coneixement personal.

Avaluació



RESULTATS

Dades descriptives del programa 2018-2022

- 74 sol·licituds al programa:
 - 39 persones vinculades al programa
 - 35 persones no vinculades: 14 es van derivar a altres programes de Osonament i 21 persones no es vinculen a cap servei.
- De les 39 persones vinculades al programa hi ha 11 dones i 28 homes
- La mitjana d'edat és entre 40 i 45 anys
- La substàncies principals de tractament són:
 - 11 persones amb consum d'alcohol
 - 4 persones amb consum de cànnabis
 - 13 persones amb consum de cocaïna
 - 11 persones amb policonsum
- Els diagnòstics de salut mental són:

Diagnòstics Eix I	N	%
Trastorn psicòtic	11	28
Trastorn límit de la personalitat	7	18
Trastorn bipolar	9	23
Trastorn de conducta	1	2.5
Trastorns d'ansietat	1	2.5
Trastorns dissociatiu	2	5
Trastorn esquizotípic de la personalitat	1	2.5
Depressió major	7	18

Dades de resultats 2018-2022

- Situació a final de la participació al programa:
 - 23% han finalitzat amb contracte laboral
 - 5% Han finalitzat fent una formació
 - 33% han finalitzat amb un ingrés a Comunitat terapèutica
 - 13% vinculats a activitats a la comunitat (voluntariat, centre cívics...)
 - 15% mantenen vinculació al programa actualment
 - 10% s'han acabat derivant a altres programes d'Osonament
- Avaluació de l'estat de canvi (a inici de programa les persones es trobaven en fase de contemplació o precontemplació):
 - 97% han millorat l'estat de canvi:
 - 20.5% han arribat a l'estadi de manteniment
 - 59% han arribat a l'estadi d'acció
 - 18% han arribat a l'estadi de contemplació

- Avaluació de la funcionalitat i estabilitat psicològica (Escala Eix V de Kennedy):
 - 36% han millorat
 - 31% s'han mantingut
 - 33% han empitjorat
- Avaluació del compliment (Adherència):
 - 17% d'absentisme injustificat
 - 13% d'absentisme justificat
 - 70% d'assistència
- Avaluació de la Satisfacció de les persones participants: 8/10

CONCLUSIONS

- Millora de l'adherència i recuperació amb el model d'atenció centrada en la persona
- Centralitzar el tractament amb les dues problemàtiques al mateix moment evita la porta giratòria de recurs en recurs.
- Afavorir els processos d'abstinència i d'estabilitat en la salut mental durant tot el procés de recuperació.
- Els resultats evidencien que el programa afavoreix la presa de consciència del problema i la motivació al canvi.
- Un 67% de les persones milloren o mantenen la funcionalitat i estabilitat
- Disminució de la problemàtica psicopatològica, social i judicial subjacent
- Inserció comunitària i/o laboral/ formativa
- Importància de la intervenció conjunta amb el CASD /CSMA
- Intervenció conjunta amb la xarxa de recursos socials, laborals i formatius
- Detecció de la necessitat de intensificar l'atenció per les característiques del perfil
- Durada del procés de més llarga estada i una recuperació fluctuant on les recaigudes formen part del tractament.

LTJ12 Unitats de Patologia Dual del Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar

Rosa Blanca Sauras Quetcuti

PSIQUIATRIA. UNITAT DE PATOLOGIA DUAL. CENTRE FÒRUM. INAD - PARC DE SALUT MAR

El “diagnòstic dual” o “patologia dual” es defineix com la convivència o concurrència en la mateixa persona d'almenys un trastorn per consum de substàncies i un altre trastorn mental, tal i com definí l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2010). Aquests pacients constitueixen un grup de risc elevat tan des del punt de vista sanitari (més gravetat dels quadres clínics, amb més ingressos hospitalaris, freqüentació dels serveis d'urgències generals, més conductes violentes i més risc d'infeccions com la del VIH, VHB, i VHC i la tuberculosi) com social (més marginalitat i més conductes il·legals) si no es diagnostiquen i tracten de forma correcta i conjunta les dues patologies (Torrens et al, 2015; Volkow et al, 2020).

Un dels principals problemes que presenten aquests malalts és la dificultat per avaluar i establir el diagnòstic psiquiàtric i per dissenyar un pla terapèutic adient que contempli les dues patologies. Els pacients amb patologia dual representen un repte terapèutic no només com individus sinó també com a grup de pacients, que molts cops no encaixen en les polítiques de tractament habituals (Torrens et al, 2006; 2012). És en aquest sentit que s'emmarca la creació de la Unitat de Patologia

Dual (UPD) de l'Institut de Neuropsiquiatria i Addiccions del Parc de Salut Mar (INAD). Al 2007 es va obrir la primera Unitat de Patologia Dual amb 11 llits, per l'àrea del Litoral i al 2010 la segona amb 13 llits per l'àrea Barcelonès Nord.

La UPD és una Unitat de la Secció de Toxicomanies de l'INAD, encarregada de l'atenció en règim d'ingrés de malalts amb patologia dual que, per les seves característiques clíniques, requereixen un abordatge intensiu en règim d'hospitalització de 24 hores.

L'objectiu principal de la UPD és el d'oferir un tractament específic i integrat tant de la psicopatologia com del trastorn derivat de l'abús i dependència de substàncies psicoactives, fent especial èmfasi en el diagnòstic i l'abordatge terapèutic.

La missió de la UPD es centra en:

- Desenvolupar un abordatge holístic de la patologia dual que possibiliti una valoració diagnòstica completa així com un tractament multimodal amb intervencions farmacològiques, psicològiques, familiars i socials, mitjançant un equip multidisciplinari especialitzat en aquesta complexa patologia.



- Assessorar els professionals dels CAS, CSM, hospitalització psiquiàtrica d'aguts i hospitalització de toxicomanies, sobre problemes diagnòstics o dificultats en el tractament dels pacients amb trastorns mentals i consum de substàncies d'abús.
- Participar en la formació i docència en patologia dual de futurs especialistes en salut mental (MIR, PIR i DIR)
- Afavorir, promoure i desenvolupar activitats de recerca de qualitat en l'àmbit de la patologia dual
- Participar en la difusió del coneixement en les àrees específiques de la seva competència

El funcionament de la UPD implica l'aplicació de normativa similar a la d'una unitat de desintoxicació hospitalària (restricció de visites i de sortides) però en un perfil diferent de pacients, donat que presenten una descompensació psicopatològica aguda greu que no permet el maneig ambulatori. A més per tal d'assumir els pacients amb major gravetat psicopatològica i amb major risc d'exclusió social els ingressos es realitzen prioritàriament a través del servei d'urgències de psiquiatria i, en cas que la gravetat de la descompensació ho requereixi, es poden cursar amb caràcter involuntari.

A l'arribada del pacient a la unitat es realitza una primera acollida per infermeria i una primera visita amb psiquiatria en la que es recull la història clínica i s'estableix una orientació diagnòstica. També es duen a terme exploracions de les necessitats socials, amb la finalitat d'establir un diagnòstic global i pluridimensional que faciliti el disseny d'un pla terapèutic també global. En tot moment es tracta de manera simultània la descompensació psiquiàtrica i el consum de substàncies tan a nivell farmacològic com psicoterapèutic. Durant l'ingrés, a més de les visites amb infermeria, psiquiatria i treball social, hi ha espai de teràpia ocupacional en el que s'aborden aspectes com la consciència de malaltia, la prevenció de recaigudes i l'adherència al tractament mitjançant diferents activitats. Paral·lelament, es realitzen coordinacions amb els dispositius de seguiment ambulatoris com el CSMA i el CAS per tal d'assegurar la vinculació a l'alta. Disposem també de servei d'interconsulta de medicina interna, per aquells pacients que requereixin atenció a patologia orgànica intercurrent.

Respecte els diagnòstics duals atesos a la nostra unitat, segons les dades del darrer any, els més predomi-



Obra versionada per Francesc R., original de Joaquim Sunyer
L'empordanesa

nants han estat els trastorns psicòtics amb cànnabis, cocaïna, metamfetamines o alcohol comòrbid seguit dels trastorns bipolars amb consum de alcohol, cocaïna o cànnabis comòrbid. La majoria dels pacients que atensem són homes, amb una edat mitja de 38 anys aproximadament. La majoria ingressen des d'urgències i de forma involuntària i la mitjana de duració de l'ingrés és de 18 dies.

Pel que fa el pla a l'alta, un cop resolt l'episodi agut, es planteja, si escau, derivació a recursos de Subaguts, Comunitat Terapèutica, Hospitals de Dia o serveis ambulatoris. La concomitància dels dos trastorns, el psiquiàtric i el trastorn per us de substàncies, fa que sovint tinguem dificultats per establir aquestes derivacions ja que no existeixen recursos específics per pacients amb Patologia Dual. Des de la unitat treballem per minimitzar aquestes barreres i augmentar la sensibilització a l'hora d'atendre a les persones amb patologia dual.

Les Unitats de Patologia Dual del PSMAR pretenen donar resposta a la necessitat de tractament agut dels malalts amb patologia dual descompensada evitant el fenomen de la "porta equivocada" i facilitant l'abordatge integral del pacient.

LTJ12B ALBA. Unitat de crisi d'atenció específica a les drogodependències

Laura Trujillo Ruiz

TERAPEUTA OCUPACIONAL. DIRECCIÓ ASSOCIACIÓ ALBA. TERRASSA

UNITAT DE CRISI

És un recurs d'ingrés ràpid i de curta estada per a persones drogodependents que es troben en situació de crisi a causa de les drogues. Els destinataris de la Unitat de Crisi són persones que es troben amb una crisi causada per una combinació de factors de tipus toxicològic, mèdic, social i/o psicològic, diferents a un quadre agut orgànic o psiquiàtric i que no es tributària de tractament des dels recursos sanitaris i/o socials, o també a causa de la urgència de tractament, com a conseqüència de la situació de crisi.

OBJECTIUS

Els objectius principals que es persegueixen són:

- Oferir tractament integral de curta estada i d'ingrés immediat, a persones drogodependents en si-



tuació de crisi, en coordinació amb la xarxa pública de Salut i la xarxa social.

- Contenir la crisi o aconseguir l'estabilització del pacient per poder iniciar posteriors intervencions
- Afavorir l'accés als recursos assistencials així com la recuperació d'altres vincles significatius (per exemple família)
- Donar a conèixer els circuits, Serveis i oportunitats que ofereix la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències (XAD)

EQUIP DE PROFESSIONALS

Metge, Psicòloga, Infermeres, auxiliars d'infermeria, Monitors, Treballadora social i administrativa

PROGRAMES D'INTERVENCIÓ

- Programa d'intervenció en trastorns derivats del consum d'opiacis (PO).
- Programa d'intervenció en trastorns relacionats amb els consum de cocaïna i altres psicoestimulants (PC)
- Programa d'intervenció en trastorns relacionats amb el consum d'alcohol (POH)
- Programa de comorbiditat psiquiàtrica (PD)
- Altres addiccions

Programes de suport

Assessorament i suport familiar

Programes psicoeducatius

- Grup Motivacional.
- Taller informatiu sobre recursos de la xarxa social i sanitària.
- Taller de prevenció en conductes agressives i millora de l'àrea relacional.
- Taller d'autoestima.

- Taller de identificació i Gestió de sentiments.
- Taller de Negociació i Assertivitat.
- Taller de Relaxació de Jacobson i guiada.
- Taller de Ioga

Programes de Reducció de Danys:

- Taller de prevenció en sobredosis.
- Tallers d'educació per la Salut

Programes d'oci:

- Jocs de Taula.
- Cinema Fòrum.
- Tallers Manualitats.

CIRCUIT I ATENCIÓ

Principalment els usuaris que accedeixen a la Unitat de Crisi es troben derivats des de serveis d'atenció a les drogodependències, principalment CAS.

Els principals serveis derivants són:

- CAS
- Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA)
- Urgències hospitalàries
- Centres d' Atenció Primària
- Centres penitenciaris

Un cop l'usuari accedeix al servei es duu a terme el circuit d'admissió i intervenció:



PARAMETRES PER A LA DERIVACIÓ

A la Unitat de Crisi ingressen els pacients que presenten problemàtiques que configuren la crisi. Com a mínim les persones que accedeixen al ingrés al servei presenten problemàtica aguda en algun dels eixos següent, o sinó una combinació d'aquests:

- Toxicològic
- Mèdic

- Social
- Psicològic

TIPOLOGIES D'ALTES DEL SERVEI

La finalització d'ingrés en la Unitat de Crisi pot ser pels següents motius:

- Alta Terapèutica
- Alta Voluntària
- Alta per Èxitus
- Alta per Derivació
- Alta per Cessament
- Alta per Fuga

PLA DE SORTIDA

Es recomana que tots els usuaris que fan ingrés al servei tinguin un Pla de Sortida.

En el moment de l'ingrés l'usuari ja té tancat el pla de sortida acordat prèviament amb el servei derivant, sinó aquest es pot establir conjuntament durant els dies de l'ingrés. La finalitat és que la persona tingui un seguiment i disposi d'un lloc on continuar el seu tractament, ja sigui Comunitat Terapèutica, ingrés en Patologia Dual, seguiment ambulatori al CAS de referència, Centre de dia, etc.

COORDINACIÓ EXTERNA

Des del servei es mantenen reunions de coordinació institucional i altres recursos de l'àmbit per a gestió i millora.

- Departament de Salut. CAT Salut.
- Subdirecció General de Drogodependències.
- Federació Catalana de Drogodependències.
- Centres penitenciaris de Catalunya.

A banda, la Unitat de Crisi participa en activitats de coordinació comunitàries, per tal de fer més efectiva i eficient la intervenció.

- Centre de Salut Mental.
- Recursos de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències.
- Serveis Socials d'Atenció Primària.
- Mossos d'Esquadra i Policia Local.

LTJ13 A Primera Línia. Acompanyament educatiu del consum de drogues amb joves d'alt risc d'exclusió social

Mireia Ambrós i Teresa de Gispert

SUBDIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES SALUT/AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA

A Primera Línia és un programa educatiu adreçat a nois i noies en situació de vulnerabilitat social i alt risc de conductes problemàtiques associades al consum de drogues, des de la perspectiva de prevenció universal fins a la de reducció de riscos i danys. Es tracta d'una proposta que inclou la mirada interseccional tenint en compte la perspectiva de gènere i de diversitat cultural. Les intervencions que es proposen són selectives i flexibles per tal d'adaptar-les a les diferents necessitats dels nois i noies.

És un programa impulsat per la Subdirecció General de drogodependències i que actualment està coordinat per l'entitat Episteme. Consta de dos pilars bàsics: uns materials didàctics adreçats a la població diana i als professionals que treballen amb ella, i d'una proposta formativa al voltant de l'acompanyament educatiu del consum de drogues per a professionals.

El Programa va néixer l'any 2013 a partir de la evidència de què els programes i propostes didàctiques existents fins aleshores no eren prou significatives per aquesta població més vulnerada, ja que els missatges, les situacions i les imatges que apareixien, no eren representatives. També de la demanda dels professionals que atenien joves en situació de vulnerabilitat de disposar d'eines específiques per abordar els problemes relacionats amb les drogues per a aquesta població de nois i noies. Així, es va crear una taula de treball amb professionals i amb nois i noies en situació d'alta vulnerabilitat social, per a crear les eines didàctiques d'una de manera participativa.

El material didàctic resultant és el següent:

- *A primera Línia amb Elles. Sandra: Mis cosas* (diari personal i guia educativa). Consta d'un diari personal on la protagonista explica diferents situacions relacionades amb consums de drogues per les que passa, i d'una guia per a professionals. També es pot treballar amb nois.
- *A Primera Línia amb Ells* (guia educativa i onze fotografies de suport). Es treballen, a través de les fotografies, situacions més o menys freqüents relacionades amb el consum, la venda, la tinença de drogues o conductes associades.
- *Si el teu amic inhala*. Fulletó editat en darija, castellà i català que inclou pautes de reducció de danys per a joves que prenen inhalants, pensat especialment per a la població d'origen àrab en situació d'alt risc i adaptat a les seves pràctiques i creences.

El 2019, arran de l'increment a Catalunya de l'arribada de joves menors migrats sols, es va ampliar el programa, iniciant la creació d'una xarxa de professionals referents de les drogodependències. Actualment, la xarxa compta amb educadors/es dels centres d'atenció i seguiment de les drogodependències Bages-Manresa, Calella, Mataró, Mútua Terrassa, Reus i Tortosa, i s'anirà ampliant a altres territoris. Aquest any s'hi adhireixen professionals de Vilafranca del Penedès i de Lleida ciutat.

a primera Línia

Els i les professionals de la xarxa:

- Afavoreixen el vincle entre els professionals de CAS i del centre.
- Ofereixen formació al voltant del consum de drogues adreçada a professionals del centre i adaptada al perfil i patrons de consum de la població de joves menors migrats sols.
- Realitzen assessorament en l'acompanyament educatiu del cas de consum de drogues quan no hi ha una addicció, i en la detecció de casos que requereixin la derivació al CAS.

La situació psicosocial en què es troben els adolescents migrats és complexa i d'una alta vulnerabilitat, tenint en compte que no disposen de vincles familiars propers, amb unes expectatives que sovint no corresponen a la realitat ni a l'etapa vital en la qual es troben (adolescència) i sense un projecte de vida. És per tant cabdal garantir que el procés d'acolliment i acompanyament d'aquesta població es dugui a terme des d'una perspectiva integral. Sabent que és durant l'adolescència quan es comencen a experimentar amb

el consum de drogues i, tenint en compte la vulnerabilitat social en la qual es troben, és essencial un abordatge socioeducatiu de prevenció del consum de drogues per part dels professionals que atenen aquesta població.

La formació dels professionals i la disponibilitat d'eines que facilitin la detecció precoç i la valoració del consum són aspectes clau per tal de garantir que els infants i joves migrats dels centres rebin l'atenció adequada a les seves necessitats en matèria de prevenció i reducció de riscos de consum de drogues i de tractament, en cas que es requereixi.

L'abordatge del consum de substàncies des d'una perspectiva socioeducativa facilita l'establiment d'un vincle amb el noi/la noia basat en la confiança, honestat i respecte, elements clau per a la obtenció d'intervencions efectives en aquesta població.

PER MÉS INFORMACIÓ:

<<http://drogues.gencat.cat/ca/detalls/Article/A-Primera-Linia>>



LTJ14 Joves en situació vulnerable

Lola Aparicio

PROGRAMA D'ATENCIÓ EN SALUT MENTAL PER POBLACIÓ IMMIGRADA

Muchas gracias por la invitación a participar en la jornada.

Formo parte del equipo de SATMI (Servicio de atención a la migración en salud mental). Un programa que tiene el objetivo de atender las necesidades específicas de las personas inmigradas que sufren un trastorno mental para tratar de dar una atención de calidad en el tratamiento de su patología.

Principalmente atendemos a los perfiles más vulnerables como son las personas con enfermedad mental grave (previa o sobrevenida), las mujeres que han sido víctimas de violencia machista, los solicitantes de asilo y los adolescentes y jóvenes que han venido de sus países solos o habiendo sido reagrupados.

Si bien la procedencia de nuestros pacientes es muy diversa, los adolescentes y jóvenes que atendemos que han venido solos principalmente son marroquíes y procedentes de África occidental. Y de origen pakistaní y chino serían los más numerosos entre los reagrupados.

El SATMI pertenece al Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Somos un equipo multidisciplinar de profesionales especialistas en salud mental y contamos con intérpretes de las lenguas de nuestros pacientes en las sesiones para poder garantizar algo tan básico en nuestro trabajo como es poder comunicarnos.

Tratamos de tener en cuenta las situaciones específicas que viven nuestros pacientes en su realidad, aquello que significa ser “inmigrante” en nuestro contexto, experiencia que implica algunas posibilidades, pero también numerosas barreras, discriminación, y retraumatización.

Observamos que los factores post migratorios son en gran parte de los casos determinantes para la aparición y desaparición del cuadro clínico.

Nos centraremos aquí en los jóvenes procedentes de Marruecos principalmente que son los que han presentado con más frecuencia problemática asociada al consumo de sustancias, pero es importante tener en cuenta que en el caso de los menores reagrupados se dan situaciones complejas a nivel emocional que generan sufrimiento y patología. Por el perfil habitual de las procedencias no suele estar presente el tema del consumo.

Respecto a los menores que vinieron solos se estima que unos 6.261 han llegado a Cataluña en los últimos años. Como debéis conocer se aprovecha la vía de regularización y acceso a recursos que implica llegar menor. Aunque la mayoría son chicos también encontramos un grupo significativo de chicas.

Es un perfil con gran variedad individual y necesidades terapéuticas muy diversas.

Podríamos hablar de tres grupos según los motivos principales que mueven el proyecto migratorio y relacionarlos con tres perfiles. Siempre a grosso modo y como algo orientativo.

Evidentemente puede haber jóvenes que comparten varias motivaciones principales.

1. Se busca la supervivencia propia y de la familia que vive en condiciones de pobreza. Se ha vivido una falta de recursos básicos. En este caso las relaciones han podido ser afectivamente nutricias a pesar del sufrimiento compartido por esa coyuntura de carencia. Son vínculos que se añoran y se da duelo migratorio, que no tiene por qué ser patológico siempre como ocurre en todos los duelos

También suele estar presente en estos casos la tensión en el menor por la responsabilidad con respecto a las necesidades de la familia, con hiperconciencia de esta cuestión y un posicionamiento que podemos llamar desde nuestro entorno parentalizado.

Tanto para el duelo como para la responsabilización con la familia suelen expresar que “piensan mucho” y es posible que presenten insomnio, dificultades de aprendizaje, tristeza y en ocasiones consumo de cannabis principalmente buscando efecto ansiolítico y/o hipnótico.

2. Otro grupo sería aquel que busca completar un proyecto académico y/o el acceso a mejores oportunidades laborales y que en país de origen tenía una situación menos carente en las condiciones de vida. Aquí podemos observar la afectación por la pérdida de estatus y las dificultades de convivencia en los entornos residenciales al sentirse diferente del grupo más numeroso. Esta cuestión la vemos mucho en adultos que emigran. En jóvenes la hemos visto con menos frecuencia.

3. Sería lo que podríamos denominar una migración “terapéutica”. Son aquellas situaciones en las que el menor se ha visto afectado durante su infancia por problemática grave relacionada con negligencia en los cuidados hacia él y hacia otras figuras dependientes de la familia. Se busca con la migración una nueva experiencia que proteja y permita desarrollar aspectos relacionales y personales sanos y resilientes.

También se observa en estos casos la parentalización por los que quedan en la actualidad afectados en país de origen (madres que sufren violencia machista o abandono por parte del padre, hermanos menores también desprotegidos). Es una situación altamente generadora de angustia porque las situaciones en país de origen pueden ser graves y el joven tiene y tenía ya la misión de rescatar al resto.

Se realiza en estos casos la migración ya con importantes carencias afectivas, estructurales, una posible historia de vida en calle y adicciones. En su historia vital ha habido múltiples experiencias traumáticas y ante la frustración por los objetivos no cumplidos del proyecto, y las experiencias reales y/o vivencia de exclusión se mantienen o se vuelve a las dinámicas previas.

Vemos jóvenes que tienen mucha dificultad en tolerar el vínculo con un cuidador, que es percibido como hostil, que les infantiliza, que no es de fiar, vivencia basada en su historia relacional con esa figura principalmente paterna.

En ocasiones el menor que había podido adquirir una estabilidad y un proyecto en marcha recibe los impactos de los acontecimientos familiares que ha de resolver y se desestabiliza.

La afectación en su estado emocional dificulta los procesos de aprendizaje y cumplimiento de los planes acordados formativos, de convivencia, la capacidad para confiar y vincularse. Y el sistema parece no poder tener en cuenta las dificultades del menor y su tiempo de recuperación necesario.

Suelen ser jóvenes que han vivido experiencias de separación de sus familias por un periodo prolongado, con trayectos migratorios que pueden durar años y que les exponen a múltiples riesgos de violencia, accidentes, soledad. El reencuentro con la familia se dilata en el tiempo por la prohibición de viajar siendo menor y después hasta que no tengan resuelta su situación económica y administrativa.

Una vez llegan han de afrontar un proceso de adaptación e integración complejo en el que los más frágiles quedan fuera del sistema y más expuestos al sinhogarismo,



mo, a problemas con la justicia y a presentar patología dual.

Justo la semana pasada se hizo público que el Sindic de Greuges de Barcelona ha pedido asesoramiento jurídico y soluciones residenciales para los menores inmigrados que al cumplir los 18 quedan desamparados. Sabemos que hay 200 que están en calle. Hay que sumar los entre 40 y 70 menores que siguen en la montaña de Monjuïc.

La ley de extranjería ha provocado una situación muy grave y paradójica en la que los menores una vez cumplían los 18 años tenían un permiso de residencia que no les autorizaba para trabajar. La reforma aprobada en octubre pasado ha resuelto esta cuestión que estaba generando gran sufrimiento en los jóvenes y generando patología mental.

A nivel clínico los trastornos adaptativos, los cuadros depresivos y el trastorno por estrés postraumático son los más frecuentes. También atendemos a jóvenes que sufren trastornos mentales graves como trastornos psicóticos que debutan aquí.

Nuestro enfoque terapéutico se basa en el vínculo, crear seguridad y un espacio de comunicación emocional, diagnosticando la problemática específica y pactando los planes de tratamiento con el joven y referentes. Consideramos clave el apoyo a los vínculos de soporte que tiene el joven con una coordinación estrecha con los referentes, tener en cuenta la relación actual con la familia, y promover la dignificación y reconocimiento frente al entorno a veces hostil y discriminatorio.

A nivel práctico se realizan entrevistas individuales y conjuntas con referentes con el abordaje interdisciplinar que sea necesario en cada caso, y recientemente hemos puesto en marcha un grupo terapéutico también con presencia de intérprete en la sesión.

Pretendemos ir creando y formando parte de una red que sostenga para crecer.

LTJ15 Programes guia

Magda Casamitjana

DIRECTORA DEL PACTE NACIONAL DE SALUT MENTAL
DE CATALUNYA

Jordi Quílez

TÉCNIC DE SALUT MENTAL DEL CATSALUT

JUSTIFICACIÓ

El Govern de la Generalitat mitjançant L'ACORD GOV/138/2018, de 20 de novembre, crea el Programa d'abordatge integral dels casos de salut mental d'elevada complexitat, coordinat pel Departament de Salut.

El Departament de Salut ha volgut prioritzar el desplegament d'aquest programa per millorar l'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions d'elevada complexitat que generen una gran càrrega personal, familiar, social i sanitària; I garantir una atenció adequada tant a les persones afectades com a les seves famílies i facilitar als professionals eines més específiques.

L'objectiu del Programa, en coordinació amb el Pla integral d'atenció a les persones amb trastorns mentals i addiccions i el Pla Director de Salut Mental i Addiccions, és aconseguir una atenció més eficaç de tots els agents implicats en l'àmbit de la salut mental en els casos d'elevada complexitat clínica, judicial, educativa, ètica i social, en termes de prevenció, assistència, benestar, rehabilitació i integració a la societat de les persones amb aquest tipus de trastorn i a les seves famílies.

El PAICSAMAEC vol garantir un abordatge interdisciplinari i interdepartamental, holístic, integrat i integrador tant a les persones afectades com a les seves famílies i entorns. Per aquest motiu, s'han implicat des del primer moment les diferents administracions i departaments que intervenen en l'atenció a les persones amb el compromís d'elaborar un extens mapa de recursos i serveis a les persones amb problemes de salut mental i addiccions de cada territori de referència, i el consegüent acompanyament en el desenvolupament posterior dels processos preventius i assistencials i dels circuits necessaris per garantir i fer operatives les estratègies a nivell territorial.

Des del PAICSAMAEC durant l'any 2020 es van dur a terme 19 grups de treball, amb la participació d'un total de 380 persones representants dels diferents Departaments (TASIF, Educació, Justícia i Salut), professionals de la xarxa de dispositius de salut mental, associacions de familiars i moviment en primera persona.

Amb l'objectiu de elaborar un model per a l'atenció dels casos d'elevada complexitat que actualment no troben resposta als sistemes d'atenció de manera coordinada amb els serveis socials, educatius, laborals i judicials per garantir un abordatge integrat i específic segons grups d'edat.

Al primer document del PAICSAMAEC elaborat l'any 2019 es va fer evident els diferents perfils d'elevada complexitat en Salut Mental i Addiccions més enllà dels PC i PCC. Els col·lectius sobre els que s'ha treballat han estat:

- Adolescents amb Trastorns de Salut Mental i addiccions, amb conducta disruptiva i impacte social.
- Persones amb dany cerebral, trastorns mentals i de conducta.
- Persones amb discapacitat intel·lectual i trastorn mental i de conducta.
- Persones amb trastorns del neurodesenvolupament, trastorns mentals i de conducta.
- Persones amb trastorn de l'espectre autista (TEA), trastorns mentals i de conducta
- Persones amb trastorn de l'espectre alcohòlic fetal (TEAF), trastorns mentals i de conducta.
- Persones sense llar amb trastorn mental i de conducta amb necessitats d'atenció complexa.
- Persones en centres penitenciaris amb trastorn mental i de conducta amb necessitats d'atenció complexa

Val a dir que, de les 180 accions recollides, 110 estan relacionades directament amb les debilitats de la xarxa existent i 70 són pròpies del PAICSAMAEC. D'aquestes, 15 accions ressalten la necessitat urgent de crear equips específics per l'atenció de l'elevada complexitat en SMiA.

Els recursos que es consideren específics d'atenció a l'elevada complexitat són els equips d'atenció comunitària i els de gestió de casos, amb una metodologia d'atenció d'Equip de Tractament Assertiu Comunitari (ETAC). El Pla Director de Salut Mental i Addiccions en les seves accions de l'any 2017 va generalitzar el Pro-

grama de Suport Individualitat (PSI) a tot el territori català. Però en l'actualitat, el Programa de Suport Individualitzat no està desplegat als recursos dirigits a la població infantojuvenil com ara els CSMIJ, on només trobem el CSMIJ de Amposta, Tortosa, Tarragona i Reus que disposen d'un educador social cadascú que desenvolupa un programa de gestió del cas per població de 16 a 18 anys, seguint les recomanacions del grup de treball del Consell Assessor del Pla Director (Casaus, Vaquerizo), i al CSMIJ Lleida on hi ha una experiència de PSI Jove. A la resta de CSMIJ no s'ha desplegat de moment el programa PSI.

Per altra banda, les accions dirigides a la prevenció i detecció precoç ajuden a:

- Disminuir l'impacte social, familiar i la problemàtica mental afegida, al detectar els casos en estadis precoços.
- Disminució de les complicacions i seqüeles.
- Disminució del cost assistencial.
- Evitar la cronicitat a l'etapa adulta
- Millora de la qualitat de vida dels joves i les seves famílies.

Per l'any 2021, des del PAICSAMAECS prioritza la prevenció i la detecció precoç amb el desplegament de recursos per a l'atenció a la població adolescent i joves (12-25 anys) amb trastorns de Salut Mental i addiccions, amb conducta disruptiva i impacte social mitjançant la creació d'equips territorials anomenats Equip Comunitari d'Atenció Intensiva a la Complexitat (GUIA).

POBLACIÓ DIANA A LA QUE ES DIRIGEIX L'EQUIP GUIA:

La població diana a la que s'adrecen els GUIA són els Adolescents i joves amb TSMiA i trastorn de conducta disruptius i amb impacte social, aquesta població diana, representa una complexitat evident pel moment vital que estan vivint, procés de canvis i etapa de vida marcada pels desequilibris i la reconstrucció constant. Per ajudar a entendre el perfil dels/de les joves amb aquestes característiques, es delimita una conjunció de múltiples criteris (figura 3) que abasten la seva realitat:

- Adolescents i joves entre 12 i 25 anys sense un projecte vital.
- El diagnòstic clínic com a eix central: trastorns del neurodesenvolupament (trastorn de l'espectre de l'autisme, síndrome alcohòlic-fetal, TDAH), trets



Obra versionada per Lidia F., original de Jeff Koons *Pantera Rosa*

disfuncionals de la personalitat (trastorn límit i trastorn dissocial en persones menors de 18 anys) i discapacitat intel·lectual.

- Adolescents i joves adults amb comorbiditat: trastorn de conducta amb intensitat clínica moderada-greu i/o trastorn relacionat amb el consum de substàncies.
- Les alteracions conductuals com a factor específic de la població diana són conductes disruptives i/o transgressores, danys a tercers, conductes de risc (consum de tòxics, sexuals), auto-lesions, risc de suïcidi, dificultats en les habilitats socials, de la interacció i la comunicació.
- Presència de conductes que generen alarma en l'entorn social, familiar i/o educatiu/formatiu/laboral.
- Factors que dificulten l'abordatge:
- Manca de capacitat de contenció per part dels tutors legals/progenitors.
- Famílies i suport social i educatiu sense alternatives per donar suport a l'adolescent/jove adult.
- Inadequació dels recursos disponibles en l'entorn per l'abordatge del problema.
- Impossibilitat o falta de capacitat de l'adolescent o jove adult per vincular-se a l'entorn i als recursos disponibles.
- Aïllament social.
- Abandonament escolar.
- Manca d'adherència al tractament.
- Mal ús dels recursos disponibles.

Criteris diagnòstic d'inclusió i d'exclusió:

Es fa necessària, donades les característiques de la població diana, delimitar els principals trastorns en salut mental que són criteri d'inclusió, així com determinar els trastorns o rang per exemple de discapacitat intel·lectual que són criteri d'exclusió.

CRITERIS INCLUSIÓ	CRITERIS EXCLUSIÓ
Trastorn de conducta amb impacte social	Discapacitat intel·lectual moderada a greu (QI <60)
Trastorn de conducta i consum de substàncies	Discapacitat intel·lectual moderada a greu i Trastorn de l'espectre de l'autisme de baix funcionament i alta dependència
Trastorn de l'espectre alcohòlic-fetal	Lesió orgànica cerebral
Trastorn de l'espectre de l'autisme	Trastorn de personalitat antisocial
TDAH sever	
Trastorn depressiu greu	
Trastorn límit de la personalitat	
Trets de personalitat dissocial (inf-juv)	
Trastorn afectiu bipolar	
Trastorn psicòtic	

Característiques dels equips GUIA

Els GUIA han de reforçar i integrar-se a la xarxa d'atenció en salut mental del territori amb les següents característiques:

- Accessibles, proactius i amb gran flexibilitat de funcionament
- Amb una temporalitat limitada amb criteris d'accés i alta
- Amb una metodologia de treball rigorosa amb resposta individualitzades a les necessitats de cada persona
- Que doni suport i treball actiu amb l'entorn del pacient
- Amb un pla assistencial compartit amb els diferents agents del territori
- Que faciliti l'abordatge transversal de les intervencions sanitàries, socials, educatives, etc.
- Amb autonomia i capacitat de presa de decisions
- Amb capacitat d'articulació i vinculació amb la resta de dispositius del territori
- On sigui present la figura del referent del cas
- Amb una formació específica dels professionals amb especial èmfasi en els aspectes actitudinals.

- Oferint una atenció especialitzada, en cap cas són equips d'urgències.

Cartera de serveis dels equips GUIA

El GUIA és un equip multidisciplinari totalment integrat a la xarxa de salut mental i addiccions del territori. Degut que els pacients sovint es troben amb moltes dificultats en poder establir relacions adequades amb els diferents serveis i recursos de la xarxa (sanitari, social, justícia, educació, benestar), el gestor de cas serà el professional que articularà la intervenció entre l'adolescent i/o jove i la resta de serveis i departaments.

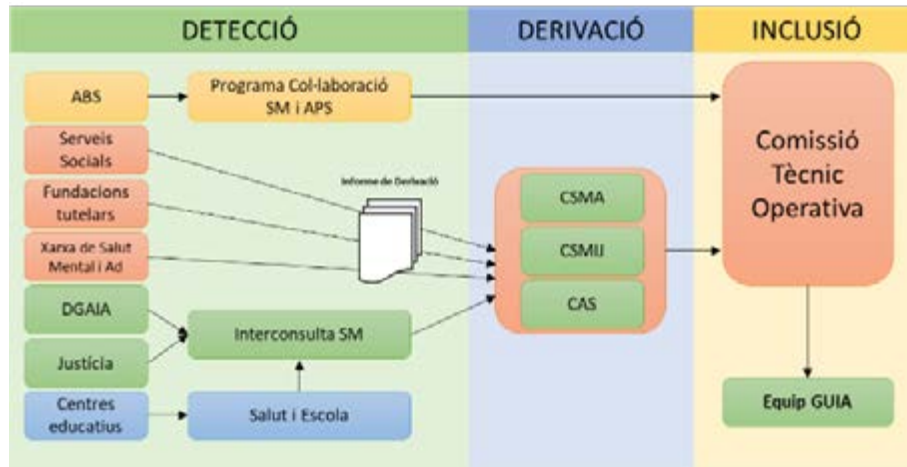
Aquest equip d'atenció (GUIA):

- Es caracteritza per una accessibilitat "àgil/ràpida immediata" minimitzant el temps d'espera d'atenció.
- La valoració es realitzarà en l'entorn natural de l'adolescent o jove de manera que es pugui adequar a les característiques del pacient i a la seva família.
- El gestor de cas dirigirà la resta de valoracions per part de l'equip multidisciplinari i acompanyarà en les posteriors visites conjuntes amb la resta de professionals.
- El gestor del cas serà el referent longitudinal durant tot el tractament
- Es recomana la realització d'una avaluació integral per part de tots els perfils professionals implicats i la realització d'un pla terapèutic individualitzat (PTIC) que inclogui avaluació clínica, funcional, socioeducativa, de necessitats immediates i projecte de vida. Sempre s'inclourà en l'elaboració del PTIC al pacient i la seva família i els diferents recursos de la xarxa social, educativa, judicial que intervinguin en el cas.
- Els referents de salut previs no realitzaran intervenció reglada ni seguiment del cas durant la inclusió al programa, si intervindran de forma conjunta en el procés de derivació i retorn, i es mantindrà la coordinació amb CSMIJ o CSMA durant tot el procés.
- Tipus d'intervencions:
 - Tractament mèdic-psiquiàtric
 - Treball del vincle relacional i suport psicològic
 - Intervenció familiar
 - Intervenció en crisi i reducció de riscos
 - Intervenció en el propi medi social, educatiu, laboral de la persona atesa
 - Recuperació funcional i inclusió en entorn de dia (educatiu-laboral-social)

Circuits d'atenció dels equips GUIA

Processos:

1. Detecció i derivació del cas i seguiment:



2. Alta:



Temporalitat de la intervenció:

- S'estableix de manera estàndard una temporalitat d'atenció entre 6 mesos i 24 mesos des del moment d'ingrés en el programa. Els casos que requereixin augmentar el temps d'atenció seran avaluats per la Comissió Tècnica-operativa, la qual determinarà la seva adequació.

LIDERATGE I GOVERNANÇA

Lideratge territorial

Per tal de garantir el bon funcionament i desplegament dels GUIA a cada territori, es crearan una comissió Interdepartamental i dos comissions territorials que vetllaran per l'assoliment dels objectius del Programa.

- **Comissió Interdepartamental:**

La comissió Interdepartamental és un ens de govern liderat pel Departament de Salut amb col·laboració de la resta de Departaments implicats amb l'objectiu de donar una resposta supraterritorial àgil als compromisos presos que sobrepassin les competències de les comissions d'Estratègia territorial i fer el seguiment i avaluació l'impacte del programa.

- **Comissió d'Estratègia territorial:**

La comissió d'Estratègia territorial és un ens liderat pel Departament de Salut del territori amb col·laboració de la resta de Departaments implicats, amb capacitat de gestió i execució, que mitjançant una anàlisi exhaustiva i una intervenció coordinada, facilitarà la resposta a les necessitats de les persones que, per la seva especial complexitat, tenen dificultats per accedir als serveis estàndards del sistema. Aquesta comissió està integrada per diferents membres:

- **Comissió Tècnic-Operativa**

La comissió Tècnic-Operativa principalment té la capacitat de mobilitzar recursos del territori. Aquesta comissió operativament està dividida amb dos nivells funcionals:

- Grup Permanent compost pels responsables de les diferents entitats/recursos territorials.
- Grup convidats compost pels professionals dels diferents recursos dels diferents Departaments que atenen directament els casos.

CIRCUIT D'ACTUACIÓ:

Aquestes comissions han de procurar una articulació de funcionament i resolució clara, per tal de donar una resposta àgil a les necessitats territorials urgents i ordinàries.

- **Circuits de pacients prioritari:**

- pels casos urgents la comissió hauria de donar resposta 24- 48 hores. Les reunions urgents poden ser a demanda.

- **Circuit de pacients ordinari:**

- Enviament dels nous casos a la Comissió tècnic-operativa una setmana abans de la reunió per part dels equips d'atenció o directament des de la Comissió Estratègica, mitjançant la fitxa corresponent.
- Presentació dels casos a la Comissió Tècnica per part dels membres convidats a la comissió.

- Reunions de treball de la Comissió Tècnica. (primera part per tractar temes de funcionament i organització i una segona part per presentar els casos per part dels equips d'atenció).
 - Discussió de casos i proposta d'actuació.
 - Recollida de dades i elaboració de conclusions
- Elevar les conclusions i els casos que resten pendents d'accés a serveis a la Comissió Estratègica territorial.
- Presentació de la Memòria anual (casos presentats, pendents, en vies de solució, propostes millora).

EQUIP PROFESSIONAL: TIPOLOGIA DE PROFESSIONALS I EXPERTESA

La ràtio estimada de professionals per cada equip GUIA per 250.000 habitants de població ajustada a la franja d'edat de 12 a 25 anys, és la següent:

Professionals	Ràtio
PSIQUIATRA	1
PSICOLÒG CLÍNIC	1
INFERMERA SM	1
TREBALL SOCIAL	0,5
PERSONAL ADMINISTRATIU	0,3

Tenint en compte que s'ha prioritzat la implementació d'equips funcionals, s'ha establert un reajustament de la dotació teòrica aplicable per ràtio poblacional i factors correctors. Per aquest motiu, cada territori o agrupació territorial disposarà d'una estructura mínima de 1 equip.

Aquests factors de correcció s'han de revisar en funció de l'avaluació anual per tal de adaptar-los a les necessitats reals d'atenció.

ÀMBIT TERRITORIAL DE REFERÈNCIA

Per ajustar els recursos territorials a les taxes d'incidència i prevalença estimades amb l'aplicació dels ratis correctors, anteriorment indicats, s'han realitzat agrupacions territorials per assignar els equips a les diferents Regions Sanitàries.

Com també s'ha indicat anteriorment, s'ha prioritzat la disponibilitat d'equips funcionals davant l'assignació teòrica per ratis poblacionals.

Als territoris on hi ha més d'un proveïdor s'establiran aliances estratègiques de treball conjunt per tal de donar resposta a les necessitats d'atenció d'aquests perfils poblacionals. Els criteris per la concessió territorial dels equips GUIA son:

Ubicació física dels equips GUIA

- Diferenciar-se dels serveis de salut mental de la xarxa, oferint una imatge més acollidora i familiar.
- Ubicat en un local extern al CSMIJ o CSMA o de l'Hospital referent.
- Espais que afavoreixin les dinàmiques d'equip com no tenir despatxos personalitzats, treballar junts a una sala ampla, etc.
- Agrupacions Territorials:
A continuació es descriuen els territoris seleccionats en relació als criteris de distribució esmenats a l'apartat 8 del document.
 - Recursos per territori:

REGIÓ SANITÀRIA	Nº GUIA
Lleida + Pirineus i Aran	1
Girona	1
Catalunya central + Gerdanya	1
Tarragona + Terres de l'Ebre	1
Metropolitana Nord	2
Vallès Occidental	1
Barcelonès Nord + Maresme	1
Metropolitana Sud + V. Oriental	2
Barcelona ciutat	2
AIS Nord + dreta	1
AIS Litoral + esquerra	1
TOTAL	10

GRUP DE TREBALL

PARTICIPANTS

- Francesc Xavier Arrufat.** Director Gerent. H. U. Institut Pere Mata
- Àurea Autet.** Cap de Salut Mental. Fundació Althaia

- Jordi Cid.** Coordinador de programes i Director Assistencial. Institut d'assistència Sanitària (IAS) Girona
- Magda Casamitjana.** Directora del Programa d'Abordatge Integral dels casos de Salut Mental i Addiccions d'Elevada Complexitat. Departament de Salut
- Montse Dolz.** Directora de Salut Mental Infanto-juvenil. Hospital Sant Joan de Déu Esplugues
-
- Cristina Molina.** Directora d'Anàlisi i Estratègia de SM. Parc Sanitari Sant Joan de Déu
- Vanessa Pera.** Cap d'Àrea SM Infanto-juvenil. Sant Joan de Déu Terres de Lleida
- Jordi Quílez.** Tècnic de suport del PDSMiA. Cat-Salut
- Maria Ribas.** Coordinadora Acompanya'm. Hospital Sant Joan de Déu Esplugues
- Joan Vugué.** President del Consell Assessor de SMiA. CPB Serveis de Salut Mental

BIBLIOGRAFIA

1. Bakhshi J, Ireland V, Gorod A. (2016). Clarifying the project complexity construct: Past, present and future. *International Journal of Project Management* 34 (2016) 1199–1213.

2. David J. Snowden and Mary E. Boone. A Leader's Framework for Decision Making. *Harvard business review*, November. 2007.

3. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla Director de Salut Mental i Addiccions. (2017). Estratègies 2017-2020.

4. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Estratègia nacional d'atenció primària i salut comunitària. 2017.

5. Departament de salut. Generalitat de Catalunya. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. 2012

6. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Document d'Estratègia 2017-2020.

7. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. Pla integral d'atenció a les persones amb trastorn mental i addiccions. Document d'estratègia 2017-2019

8. Generalitat de Catalunya, Institut Universitari UAB Avedis Donavedian. Model català d'atenció integrada social i sanitària a l'entorn domiciliari. Programa de serveis integrats de serveis socials i de salut d'atenció domiciliària i el seu entorn – PAID. 2018.

9. Kuipers, P., Kendall, E., Ehrlich, C., McIntyre, M., Barber, L., Amsters, D., Kendall, M., Kuipers, K., Muenchberger, H. & Brownie S. Complexity and Health care: health practitioner workforce services, roles, skills and training, to respond to patients with complex needs. 2011.

LTJ16 Programa de joves adolescents del CAS de Tarragona

Carme Casas Monté

PSICÒLOGA CLÍNICA CASD
TARRAGONA

Noemí Vivas Rubio

PSICÒLOGA SANITÀRIA CASD
TARRAGONA

Blanca Carcolé Batet

PSICÒLOGA CLÍNICA I COORDINADORA
CASD TARRAGONA

Aquest protocol, l'any 2018, sorgeix de la necessitat de donar una resposta prioritària a menors i joves amb trastorn per ús de substàncies psicoactives i a les seves famílies.

Segons estudis realitzats per científics de la Universitat de Yale, els joves són més vulnerables que els adults i la gent gran, davant les addiccions al tabac, a l'alcohol i altres drogues degut a que les regions del cervell que regeixen la impulsivitat i la motivació no estan encara totalment formades en aquestes edats.

La investigació publicada a The American Journal of Psychiatry, determina que els circuits cerebrals implicats en el desenvolupament de les aficions pateixen profunds canvis durant la adolescència, el que incita a la persones d'aquestes edats a tenir noves experiències.

A la vegada com el sistema neurològic de la inhibició esta menys madur, en aquestes edats;

els adolescents se veuen impel·lits a accions impulsives i comportaments arriscats, incloent la alimentació y el abús de drogues addictives.

La pràctica diària ens mostra un augment de joves consumidors i amb un perfil que no té res a veure amb el perfil del adult amb problemes d'addiccions, requerint atenció i recursos diferenciats.

El consum de drogues en els adolescents s'associa amb edats d'inici més precoces, amb conductes de risc i amb major vulnerabilitat a desenvolupar trastorns mentals.

El consum en adolescents té les següents particularitats:

- Menors, joves amb família i una vida estructurada (estudien o treballen)
- Inicien el consum a una edat primerenca
- Depenen econòmicament de la família
- Consum associat al temps d'oci i grup d'iguals
- Menors i joves amb família i vida desestructurada
- Menors i joves immigrants sense família

OBJECTIU GENERAL

- Afavorir l'atenció precoç als adolescents amb problemes de consum de substàncies.

- Establir aliances estratègiques i distribució de fluxos en el propi territori per a l'abordatge assistencial dels consums de substàncies psicoactives i els trastorns mentals associats que el menor presenta i d'aquesta manera optimitzar-ne la seva atenció.
- Millorar el pronòstic i l'evolució dels pacients i evitar l'aparició de més patologia addictiva o mental.
- Reduir el risc del dany que pugui resultar de l'ús continuat de substàncies, incloent al individu, la família i la comunitat.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Promoure actituds, en els adolescents, responsables cap a la pròpia salut en el sentit ampli (benestar emocional, social i psicològic)
- Desenvolupar, aprendre estratègies per a la gestió i l'abordatge de situacions de risc.
- Potenciar la capacitar d'autocontrol, diàleg, reflexió i presa de decisions.
- Fomentar i incrementar les habilitats socials i personals.
- Promoure el treball integrat entre professionals socials i sanitaris dels diferents àmbits i nivells assistencials.

POBLACIÓ DIANA

- Adolescents amb edats compreses d'entre 14 i 18 anys i fins als 21 valorades prèviament.
- Adolescents i les seves famílies de els comarques del Tarragonès, Alt Camp i Baix Penedès.

CRITERIS D'INCLUSIÓ

Adolescents joves que presentin criteris d'abús o dependència a drogues i que després d'una primera visita i valoració clínica es consideri adient incloure'ls en el programa.

- Criteris Diagnòstics d'inclusió
 - Trastorns per ús de substàncies (TUS), segons DSM-V.
 - Trastorns mentals i del comportament pel consum de substàncies psicòtropes, segons CIE 10.

CRITERIS D'ALTA

- Terapèutica: Quan s'hagin assolit els objectius terapèutics del programa
- Abandonament: Quan hagin transcorregut 6 mesos sense cap activitat o hagin deixat d'acudir a 3 visites programades consecutives, sense justificació.

OBJECTIUS DE LA INTERVENCIÓ

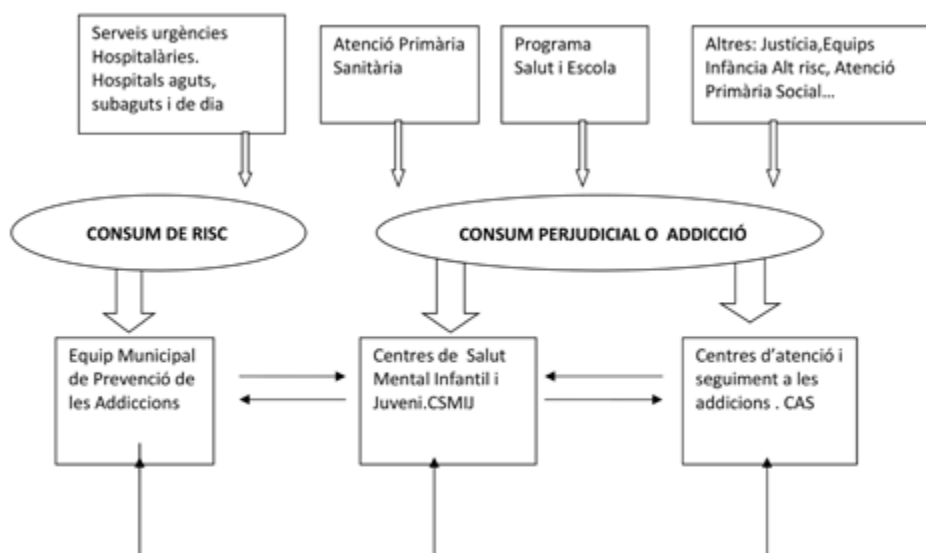
- Aconseguir un augment de consciència dels problemes associats al consum de drogues.
- Apropar-los a la fase d'acció de canvi en relació a la cessació del consum de drogues
- Aconseguir la reducció de riscos i danys associats al consum de drogues
- Afavorir els canvis necessaris per millorar la autonomia personal
- Detecció i control de patologies orgàniques associades al consum
- Detecció i control de psicopatologia

- Afavorir la inclusió socials en totes les seves vessants (formativa, laboral, lúdic,...)

DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA

- Cribatge:
 - Recollida de demandes telefòniques i/o presencials per part de les administratives mitjançant fitxa telefònica.
 - Una psicòloga anirà analitzant les diverses demandes recollides setmanalment i realitzarà entrevista inicial telefònica per valorar si procedeix.
- 1ª visita:
 - Valoració global de l'impacte del trastorn relacionat amb l'ús de substàncies.
 - Les psicòlogues faran la valoració psicoterapèutica pertinent.
- Planificació i orientació terapèutica:
 - Ho realitzaran les psicòlogues.
 - Intervenció psicoterapèutica: individual, familiar.
 - Derivació a metge per valoració orgànica i control farmacològic, si s'escau.
 - Derivació a la treballadora social per valoració social, laboral o jurídica, si s'escau.
 - Determinació toxicològica de detecció de drogues en orina, si s'escau.
- Seguiment de procés d'intervenció
 - Supervisat per les psicòlogues.

CIRCUITS DE DERIVACIÓ I FLUXES DE COORDINACIÓ



CRITERIS DE DERIVACIÓ

- La detecció de consums primerencs de substàncies psicoactives per part del menor serà el criteri de derivació al Servei Municipal de Prevenció de les addiccions.
- La detecció de consums perjudicials o de dependència, sempre i quan els criteris diagnòstics siguin clars, motivarà la derivació directa de l'adolescent i els seus familiars al CAS.
- La detecció de Patologia Dual (consum perjudicial o dependència i trastorn mental associat) serà criteri de derivació a CSMIJ quan l'adolescent presenti un trastorn psicopatològic rellevant que interfereixi negativament en l'abordatge de la seva addició.
- La detecció de Patologia Dual serà criteri de derivació al CAS quan l'adolescent presenta un trastorn mental per consum de substàncies psicoactives que interfereix de manera significativa en l'abordatge de la seva patologia psiquiàtrica.

CRITERIS DE COORDINACIÓ

CAS i CSMIJ compartiran menors en casos de Patologia Dual:

- Adolescents que es troben en tractament psicopatològic al CSMIJ i es detecti un problema de consum perjudicial o dependència de substàncies i, sempre que no es trobin en una situació d'agudització psiquiàtrica, seran derivats al CAS per valoració i seguiment de l'addicció.
- Adolescents en seguiment al CAS per l'abordatge de trastorn per ús de substàncies i manifestin en el curs del tractament, simptomatologia psiquiàtrica aguda, es derivaran al CSMIJ per valoració i seguiment psicopatològic.
 - El CAS i el CSMIJ es coordinaran per valorar si es farà un seguiment individual o simultani dels dos serveis.
 - Els menors amb Patologia Dual o Trastorn relacionat amb substàncies que segueixin tractament al CAS i que requereixin un ingrés hospitalari per desintoxicació i/o estabilització psicopatològica, seran derivats al CSMIJ per valoració del recurs de Salut Mental més adient.

Els menors amb consums de risc atesos al Servei Municipal de Prevenció de les addiccions seran derivats

al CAS quan es valori o diagnostiqui un consum perjudicial o dependència que requereixi un tractament especialitzat. Si el menor presenta Patologia Dual es valorarà des d'aquest servei la derivació al CSMIJ o al CAS en funció de la patologia prominent que requereixi una intervenció més urgent.

COORDINACIÓ

A partir de l'any 2018 les coordinacions s'han anat ampliant a altres serveis de recent creació: SS 360, Coordinadora JOVES-TUS, Psicosis Incipient (SM), Serveis de salut mental infanto-juvenil Equip Guia (Departament de Salut Tarragona) i Dinamitzadors socials (serveis socials municipal) .

Evolució de la Demanda

Les demandes¹ han anat en augment per diversos factors dels que destaquem:

1) Disposem d' un programa específic per aquesta població des de l'any 2018. Abans no ateníem menors que no estiguessin inclosos en programa psicoeducatiu per sancions administratives, ja que aquests eren atesos des del servei de prevenció municipal. Els majors de 18anys s'atenien com adults sense un programa específic.

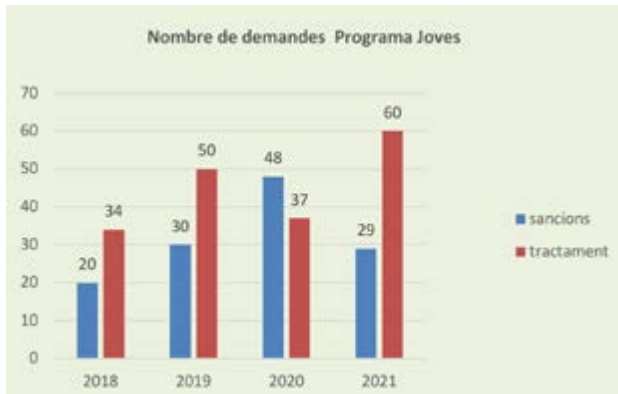
2) És un programacada cop més conegut, tant per la població general, com pels diversos serveis que treballen amb joves-adolescents.

3) L'any 2020 i 2021 es produeix una arribada massiva de joves immigrants no acompanyats en una situació de precarietat a nivell bio-psico- social que precisen ser atesos preferentment, amb múltiples necessitats i requerint molts serveis treballant simultàniament.

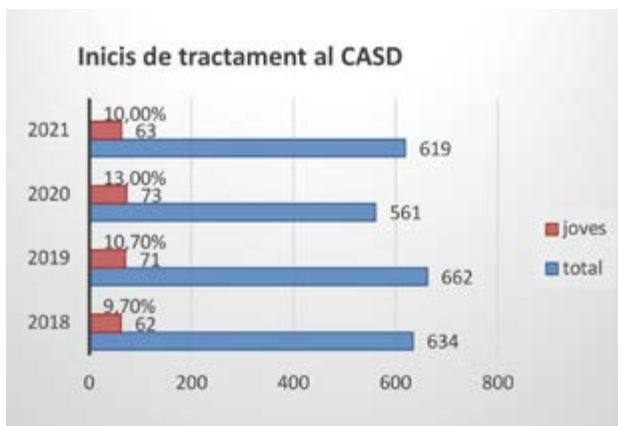
4) A mesura que hem avançat en la posada en marxa del Programa per joves- adolescents, hem ajustat aquest a les necessitats i demandes de la població diana.

5) La proporció entre abordatge per sancions administratives i abordatge per demanda de tractament també ha variat, sent actualment major les demandes de tractament enfront de una disminució de l'abordatge per sancions.

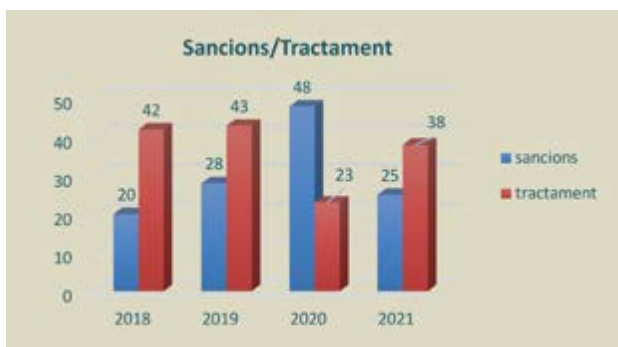
¹ Les demandes es corresponen a les fitxes telefòniques de valoració inicial



Com s'observa, el major nombre de sancions administratives és al 2020, en plena pandèmia on hi havia més restriccions però, també un major impacte emocional de la pandèmia en aquestes edats.



Es manté el mateix percentatge de joves que inicien tractament des de la posada en marxa del Programa.

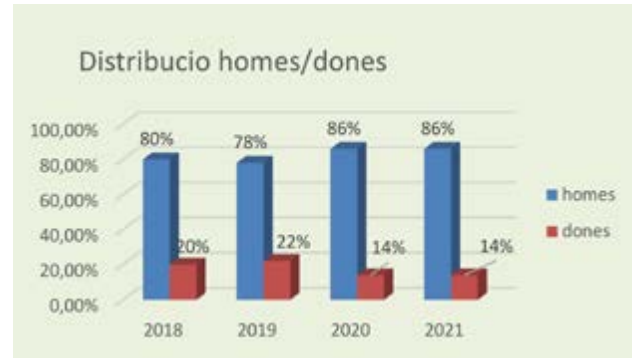


La proporció entre les sancions i els tractament solament es produeix un canvi significatiu l'any 2020 on s'inverteixen les dades, hi ha més abordatge per sancions que inicis de tractament.

Evolució del Perfil

Sexe

La proporció d'entre nois i noies es manté al llarg dels anys, aproximadament en un 80%/20%, exceptuant quan hi ha la entrada de AISS/MENAS que són tots nois.



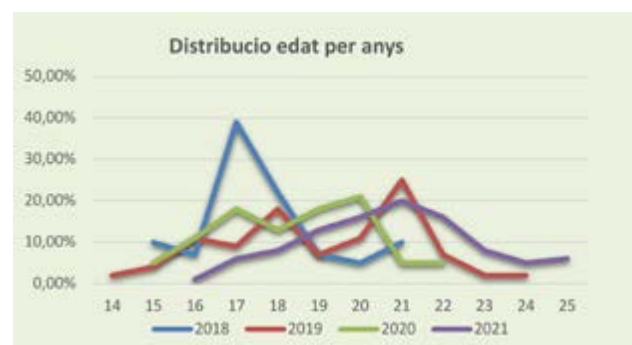
Edat

2018 la majoria de joves estan compresos entre els 17 i 18 anys

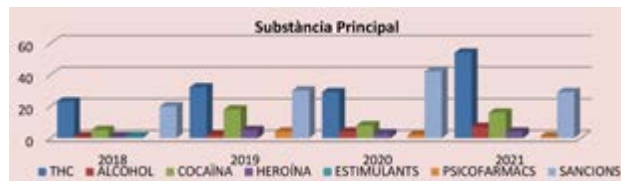
2019 el ventall majoritari es entre 18a i 21a.

2020 el ventall d'edat majoritari es de 16 a 20 degut a 2 factors: Per un costat tenim varies demandes de joves entre 16 i 17a (anteriorment molt menys freqüent) i per l'altre que s'amplia l'edat de població diana per atendre les noves demandes dels AISS/MENA que han fet la majoria d'edat i encara estan en una situació de greu desemparament assistencial.

Al 2021 el ventall majoritari d'edat dels joves que entren al programa es entre 19 i 22a però destaquem que la corba s'aplana i la distribució d'edats és més homogènia.



Substància que motiva el tractament



En quant a la substància principal de demanda de tractament es manté com a primera substància el Cànnabis.

Hem observat que s'ha produït canvis en les demandes de tractament per altres substàncies.

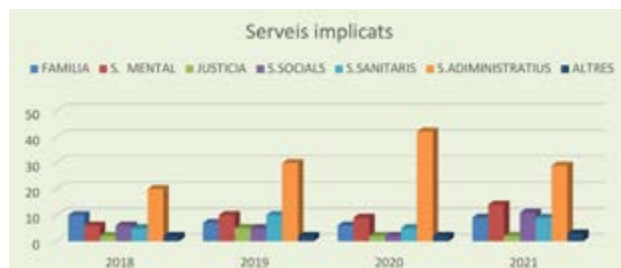
Al 2019 augmenten les demandes de tractament per consum de cocaïna i alcohol.

Al 2020 destaca l'augment de la demanda de alcohol combinat amb benzodiazepines que correspon al col·lectiu d'adolescents immigrants sense sostre (AISS) o menors no acompanyats (MENAS).

Aquesta demanda es manté a l'alça durant el 2021

Serveis derivants

En aquest punt també s'observen canvis importants:



Els primers dos anys del programa, els joves arribaven acompanyats de la família, del servei de Salut Mental Infanto-Juvenil o dels Serveis Socials.

En els anys 2020 i 2021 s'incrementa la derivació des de serveis socials degut a la arribada de joves AISS/MENA²

Retenció en el Programa

Val a dir que l'adherència al programa de sancions habitualment és elevada, ben bé del 100%.

Aquests resultats responen a que el programa de sancions acostuma a tenir un benefici econòmic immediat (els hi retiren la sanció econòmica) que és el motiu principal de la demanda de tractament. Al marge d'aquest objectiu hem constatat que aquesta intervenció esdevé una eina terapèutica per a futures demandes d'intervenció en cas que així ho precisin.

S'ha observat que en les demandes per realitzar un tractament ens trobem que la retenció en el programa es més baixa que en el programa de sancions però més alta que la retenció en la resta de població atesa gira entorn al 40%.

En una aproximació qualitativa sobre la retenció en Programa de Tractament en adolescents i joves, com a resultats que de 100 demandes sol·licitades es programa una primera visita a 78 joves i d'aquests, 62(78%) acudeixen a la primera visita, és a dir inicien tractament. Dels que inicien tractament, uns 48 (61%), realitzen dos o més visites.

Factors que incideixen en la retenció del Programa

Les demandes són elevades, els professionals que hi treballem ho fem amb condicions limitades: som pocs professionals amb manca de recursos específics per aquesta població

Els tractament ambulatoris en un servei públic tenen

- Limitacions en la freqüència de l'atenció
- Manca de recursos específics per a joves amb TUS i PD

Alhora, per part dels joves, freqüentment, presenten baixa consciència del problema.

Treball en xarxa: Volem donar valor a la importància del treball en xarxa i coordinació amb altres serveis comunitaris dels àmbits social, educatiu i sanitari que milloren la gestió dels recursos i l'atenció global dels joves.

En el nostre territori i al llarg d'aquests 4 anys, a més del nostre programa, s'han endegat programes específics (Fundació Associació Eveho, Intervenció Precoç i Psicosis Incipient i CTO Equip Guia RSCT) així com equips multidisciplinaris (Coordinadora SS 360°) per l'atenció i seguiment a l'adolescència i joventut vulnerable i/o amb risc d'exclusió social.

² Menors que als 18 anys es queden fora dels recursos tutelars que el govern havia aprovat per aquets joves. En aquesta situació de desemparament assistencial, els educadors i dinamitzadors socials tenen "la missió" de vincular-los a un servei. És així com en els darrers anys, aquests professionals esdevenen, de manera important, agents derivadors al nostre programa.

LTJ17 Let's chat (programa de gestió de riscos i plaers per a joves)

Sandra Ribas

COORDINACIÓ ÀREA JOVES I FAMÍLIES. GRUP ATRA

LET'S CHAT és un programa de prevenció de conductes potencialment addictives dissenyat per GRUP ATRA i en funcionament des de l'any 2017. Ofereix atenció psicològica i socioeducativa d'atenció digital i comunitària a persones de 12 a 30 anys i les seves famílies. Inclou serveis d'atenció, orientació i assessorament sobre consum de drogues, ús d'entorns digitals i comportaments potencialment addictius, així com l'abordatge d'altres conductes de risc associades. Treballa estretament amb la xarxa social, sanitària, educativa i lúdica.

L'OBJECTIU és la prevenció i l'acompanyament en la gestió de riscos i plaers associats a l'ús i abús de les TIC, al consum de drogues i aquells comportaments no saludables, potenciant el desenvolupament de les persones joves perquè siguin social i digitalment competents.

Treballa des d'un abordatge integral, adaptant-se a les característiques i realitats de l'adolescència i joventut, donant servei des d'una intervenció pròxima, flexible, d'accés immediat i amb atenció a la diversitat de gènere i condició social i funcional.

La cartera de serveis que ofereix el programa és:

- Servei d'assessorament a joves i adolescents
- Servei d'assessorament familiar
- Servei d'atenció digital: Servei de xat, Servei de videoconferència i per mitjà de xarxes socials.
- Intervencions comunitàries:
 - Càpsules per joves sobre l'ús d'entorns digitals
 - Càpsules per joves sobre drogues
 - Grups de debat amb perspectiva de gènere entorn a l'ús de les TIC i les drogues.
 - Càpsules formatives per a agents educatius formals i no formals.
- Observatori: intervencions en el medi comunitari on es reuneixen els i les joves (places i parcs) amb l'objectiu de recollir dades quantitatives i qualitatives sobre els consums de drogues i els usos dels entorns digitals.
- Acció Jove: oferta formativa a joves de 18 a 30 anys per actuar com a agents preventius amb el

grup d'iguals i col·laborar, mitjançant voluntariat, en les activitats preventives del programa. Aquesta activitat facilita la participació de joves en el disseny, desenvolupament i avaluació de les activitats preventives. Es duen a terme grups focals de debat, propostes de campanyes preventives, així com realització de càpsules preventives.

- Let's Family: sessions grupals dirigides a mares i pares per abordar aspectes clau en la prevenció de conductes potencialment addictives.

METODOLOGIA DE TREBALL

Sustentada en dos pilars metodològics fonamentals: l'ATENCIÓ DIGITAL i l'ATENCIÓ COMUNITÀRIA. Intervenció proposada en funció de cada cas, valorant factors de risc i protecció, adherència al programa, nivell de motivació i situació personal i familiar que l'envolta.

RESULTATS OBTINGUTS

En el darrer any 2021 el programa ha ofert els seus serveis a un total de 1.086 adolescents i joves, 37 famílies i 97 professionals. S'han dut a terme 50 càpsules a diferents centres de la xarxa educativa formal i no formal, arribant a un total de 984 joves.

S'han realitzat 15 grups de debat a l'entorn comunitari on es troben els i les joves, fomentant la reflexió i l'actitud crítica entorn als mandats de gènere i els mites relatius al consum d'entorns digitals i al consum de drogues, amb la participació de 39 noies i 41 nois. A més, el programa ha realitzat formacions per a professionals de joventut lligats a l'àmbit lúdic i de lleure, arribant a un total de 97 professionals. La capacitat adaptativa del programa ha permès també treballar col·laborativament amb agents educatius i socials que intervenen en el medi comunitari, com educadores de carrer (APC) de diferents districtes de BCN.



Per últim, el programa va posar en marxa, aquest darrer any, l'ACCIÓ JOVE. Aquesta activitat té com a objectiu promoure la participació de persones joves en el disseny, desenvolupament i avaluació de les accions preventives. Consta de la realització d'una formació especialitzada, la participació en activitats preventives comunitàries i la proposta de continguts preventius en matèria de consum de drogues i ús d'entorns digitals.

L'abast del servei és per a Catalunya i en el darrer any hem aplegat les atencions i accions del programa en els territoris del Baix Llobregat, al Maresme, al Pallars Jussà i al Gironès, entre d'altres.

ELEMENTS DIFERENCIATS, IDENTIFICATIUS I INNOVADORS, QUE APORTEN VALOR AFEGIT

- Atenció i intervenció psicològica i socioeducativa comunitària, intervenint en l'entorn social i familiar dels joves (domicili, carrer, centre educatiu, etc.).
- Atenció de proximitat i d'accés immediat: adequat a la població diana, el programa atén a les persones

joves amb un termini màxim de 24 hores per via whatsapp.

- Disseny, divulgació i intervenció específica en clau de gènere.
- Màxima prioritat a la població diana que es troba en situació de pobresa i risc d'exclusió social, treballant estretament amb serveis socials bàsics i donant oferta de tallers en barris de major marginalitat.
- Format digital i ús de les xarxes socials per la prevenció de les TIC. Amb intervenció per videoconferència, línia telefònica directa, whatsapp i amb canal de instagram actiu, arribant a més joves i a més territoris (Catalunya). Amb fàcil divulgació, comunicació i accés.
- Treball amb adolescents i joves amb trastorn mental i conductes potencialment addictives.
- Programa que actua com a connector de les diferents xarxes.
- Atenció als nois i noies i a les seves famílies amb dificultats de vinculació a la xarxa lúdica, educativa, social i sanitària.

LTJ18 Joves al carrer

Ona Gázquez

TÈCNICA DE PROJECTES

Es muy preocupante la situación de los jóvenes que se hallan en la calle. Muchos han estado previamente en sistemas de protección, tutelados en diferentes comunidades y entidades y hallarse en la calle con dificultades para conseguir permisos para trabajar, con mucho tiempo desocupado y necesidades por cubrir determina una situación muy desfavorable para jóvenes que deberían hallarse en una de las mejores fases de su vida. Ona Gázquez i Ribas

Joves en situació de carrer LTJ explica el perfil, situació, necessitats de estos joves y detalla iniciatives comunitàries.

PERFIL DE JOVE: ALTA VULNERABILITAT I EXCLUSIÓ SOCIAL.

- Nens/es i adolescents que han abandonat el sistema de protecció de menors.
- Joves menors d'edat que al fer el procediment de determinació de l'edat se'ls ha declarat majors.
- Joves extutelats per les diverses comunitats autònomes.
- Joves que acaben d'arribar.

SITUACIÓ

- Joves no acompanyats que han quedat fora del sistema de protecció.
- Necessitats bàsiques no cobertes.
- Desconeixement dels seus drets.
- Desemparament social, econòmic, administratiu, jurídic i sanitari.
- Situació administrativa irregular o pendent de renovar.
- Alta complexitat (salut mental, consum de substàncies, delictes).

- Supervivència i resiliència.
- Projecte migratori

NECESSITATS I DIFICULTATS

Falta de recursos ajustats a les necessitats reals dels i les joves

- Habitatge.
- Alimentació.
- Accés normalitzat als recursos d'atenció sanitària.
- Accés a l'empadronament.
- Documentació.
- Assistència jurídica i legal.
- Inserció sociolaboral.
- Formació en drets.
- Acompanyament emocional.
- Abordatge del consum de substàncies.
- Opcions duraderes.
- Ocupació i oci.

PERSPECTIVA TRANSNACIONAL, TRANSCULTURAL, ANTIRRACISTA Y FEMINISTA

Iniciatives comunitàries

- COL·LECTIU JARDINS DE SANT PAU
- DIDL3ONF CONTRA LA VIOLENCIA
- EX MENAS
- ÀGORA JUAN ANDRÉS
- SOS RACISME
- ATENEU DEL RAVAL

MALALTIA

Infeccions vinculades a la forma de consum

LTJ19 L'hepatitis C en persones consumidores de drogues: un problema de salut a eliminar

Xavier Major Roca

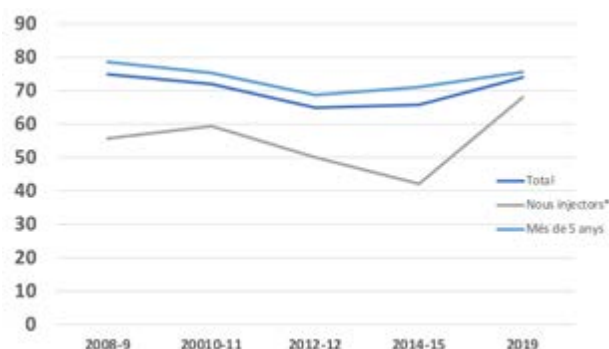
SUBDIRECCIÓ GENERAL DE DROGODEPENDÈNCIES

PROGRAMA DE PREVENCIÓ, CONTROL I ATENCIÓ AL VIH, LES ITS I LES HEPATITIS VÍRIQUES (PCAVIVH)



Idea 1: Afecta a tota la nostra població

Injectors de drogues: Estudi Redan 2019. Injecció darrers 6 mesos. N: 731. Prevalença del VHC segons anys d'injecció (REDAN, 2008-2019) (Font: Folch C et al.)



Sistemes d'informació:

Resultats:

- Heroïna 42 %
- Alcohol: 5 %
- Cocaïna: 5 %
- Cànnabis: 3 %



Idea 2: Es curable....la infecció

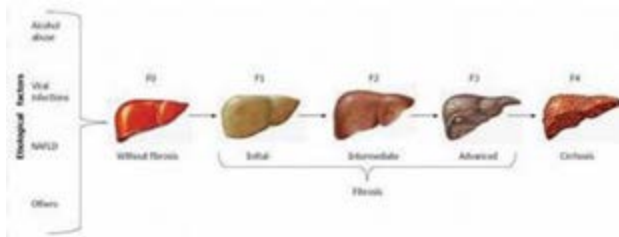


ESTUDI: RETROSPECTIU, DESCRIPTIU DE CARÀCTER POBLACIONAL

Població: Persones en tractament per alguna drogodependència admesos en els 61 CAS (01/2015–12/2019. N = 44.306)

Idea 3: Cal actuar.....ja

Si arribem tard: HEPATOPATIA CRÒNICA
Retard en el tractament: 1 de cada 4.



Idea 4: Tractar a tothom sense excepció

Tots els PQID infectats amb VHC, inclosos els que reben TAO (Tractament amb Agonistes Ociacis), aquells amb antecedents d'ús de drogues injectables i els que s'han injectat recentment, s'han de tractar segons les recomanacions generals (A1).

Idea 5: cap restricció al material preventiu

Cal donar més xeringues i parafernàlia de la que necessita.

OMS: 300 xeringues per usuari / any

Idea 6: Cal cribrar a tothom

Fer-lo accessible:

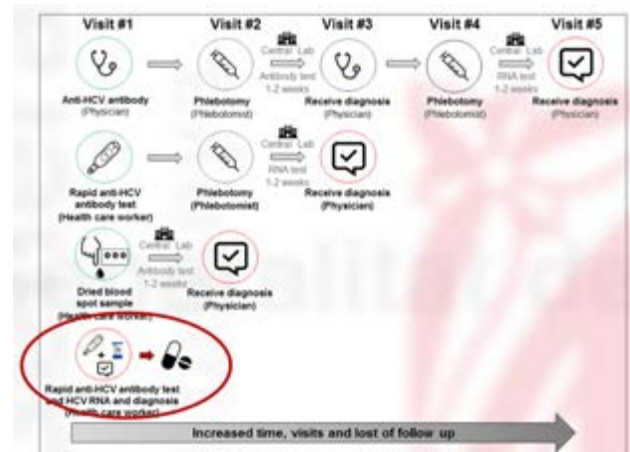
- Test a prop del pacient
- Fer-lo tothom
- A totes hores
- En tots els llocs

Idea 7: Cal fer el tractament accessible

Allà on les persones consumidores de drogues són o van

- CAS
- RD
- Presó
- Centres residencials, albergs

Testar i Tractar: Apropar l'inici de tractament al moment del diagnòstic: EVITAR LES PÈRDUES.



Idea 9: Donar protagonisme i implicar els afectat

- Sensibilitzar
- Informar
- Suport emocional
- Acompanyar
- Cribrar

Idea 10: Actuar sobre els determinants socials de la infecció

- Estigma i discriminació
- Criminalització
- Pobresa (habitatge)
- Dificultats per auto organitzar-se



LTJ20 Barreras de acceso y seguimiento para el tratamiento de la Hepatitis C en personas usuarias de drogas inyectables en el medio comunitario

Elena Yela González

EQUIP D'ATENCIÓ PRIMÀRIA PENITENCIÀRIA
SANT ESTEVE SESROVIRES 1

Rafael Clua García

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT
DE MANRESA - UVIC-UCC

INTRODUCCIÓN

La eliminación de la Hepatitis C (VHC) es desde 2016 un reto de salud pública para la OMS y el “Pla de prevenció i control de l’hepatitis C a Catalunya”(1). Específicamente, se ha puesto interés en las personas usuarias de drogas inyectables (UDI), que representan el 67% de la población infectada por VHC(2).

Los fármacos antivirales de acción directa han supuesto uno de los principales facilitadores para el tratamiento del VHC dada su eficacia, comodidad y tolerancia. Sin embargo, el colectivo UDI presenta dificultades de acceso a los circuitos habituales debido a la situación de exclusión y la precariedad social. Por ello, se han realizado cambios en el sistema de detección y tratamiento para hacer más efectivos estos programas, como el cribaje universal, el diagnóstico en “one step” o acercar el especialista a los centros atención y seguimiento a las drogodependencias y servicios de reducción de daños(2,3,4,5). Sin embargo, se detectan abandonos y falta de adherencia en el seguimiento, detectando, por ejemplo, un 2% en el ingreso a prisión de casos con infección activa RNA+ procedente de la comunidad(6).

Todo esto nos indica que existen barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento en ciertas subpoblaciones de personas UDI. Sin embargo, no se conocen trabajos en nuestro contexto geográfico que hayan profundizado en las barreras para acceder y tratarse la infección por VHC en servicios comunitarios, motivo por el cual hemos explorado estas barreras percibidas desde la perspectiva de las personas UDI.

BARRERAS DE ACCESO AL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C

Se realizaron entrevistas semiestructuradas a personas UDI, durante el periodo de agosto de 2021 hasta ene-

ro de 2022, que no hubieran iniciado o completado el diagnóstico, seguimiento o tratamiento de la hepatitis C. Se recogió una muestra de 33 personas, de las cuales 27 eran hombres (81,8%), de origen español (54,5%) y de una edad media de 38,6 años. Todas las personas entrevistadas eran UDI en consumo activo de sustancias. El 72,7 % habían acudido a servicios de reducción de daños con sala de consumo higiénico en los últimos 12 meses y el 58% estaba en tratamiento con agonistas opiáceos (TAO).

Barreras personales

La mayoría de las personas entrevistadas identificaron dificultades para el diagnóstico y el tratamiento de las VHC relacionadas con un consumo intenso de drogas. Estas refieren que el uso de drogas genera inestabilidad para iniciar el proceso de diagnóstico, así como para establecer adherencia al tratamiento.

Buena parte de los entrevistados mostraron desconocimientos relacionados con las vías de contagio, como expresar no compartir jeringuillas, pero no tener en cuenta el foco de infección en otras parafernalias (cazuela, filtro, agua bidestilada). También, mostraron no tener información sobre el tratamiento de la VHC, específicamente de los AAD. En algunos casos, referían no detectar signos o síntomas de la enfermedad, no interesándose por un posible contagio.

La mayoría de entrevistados expresaron unas condiciones de vida incompatibles para realizar el diagnóstico y tratamiento de la VHC. Referían vivir en la calle o no tener vivienda fija, no disponer una estabilidad diaria y tener otras preocupaciones relacionadas con buscar formas de obtener dinero para comprar drogas o con problemas relacionados con la justicia. En población extranjera se expresaban problemas relacionados con una situación administrativa irregular (no tener documentos de identidad ni tarjeta sanitaria) que dificultaba el acceso a los servicios de salud.

Barreras con los proveedores de salud

Buena parte de los entrevistados mostraron barreras en la interacción con los proveedores de salud (médicos y enfermeras). Cerca de la mitad de los entrevistados eran extranjeros, en su mayoría con fuerte barrera idiomática que les impedía recibir información relacionada con la infección de las VHC.

En otros casos, se expresaba no recibir información suficiente sobre el diagnóstico o tratamiento por parte de los profesionales de salud. En este sentido, los entrevistados referían que no se les ofrecía realizarse cribados, seguimientos o iniciar tratamiento. En algunos casos, se expresaba encuentros negativos con los profesionales, percibiendo no recibir ayuda o malas interacciones en los servicios de salud.

Barreras con el sistema de salud

En general, los entrevistados expresaban diversas limitaciones en el circuito para el diagnóstico y tratamiento de la VHC. Referían dificultades en el acceso a los servicios especializados, como problemas para desplazarse a otros servicios alejados de los que utilizan habitualmente (CAS o centros de reducción de daños). En este sentido, se expresaban dificultades para acudir a las citas, al recibir citas a horas tempranas o por periodos de tiempo prolongados entre visitas.

Buena parte de los entrevistados percibieron no recibir una atención holística desde los centros de reducción de daños. Expresaban que estos focalizan la atención en la provisión de programas de reducción de daños, sin darse una articulación de estos con la atención a la VHC.

Algunos participantes expresaron no recibir un apoyo comunitario y consideraban la necesidad de que hubiera más campañas de prevención. En relación con esta cuestión, referían la necesidad de tener más apoyo de familiares y allegados, como de sus iguales.

CONCLUSIONES

Las barreras de acceso al diagnóstico y tratamiento de la VHC entre las personas UDI se relacionan con un consumo intenso de drogas, el desconocimiento o desidia con la infección y el tratamiento de la VHC y encontrarse en situación social y legal muy desfavorable. En relación con las barreras con los proveedores de salud, referían recibir poca información, tener malas interacciones con los profesionales y no recibir propuestas de cribado y tratamiento

de la VHC. Se expresaron barreras sistémicas relacionadas con las limitaciones en el circuito del sistema de salud, la incompatibilidad de horarios, la falta de apoyos sociales y considerar el modelo de atención poco integral.

De acuerdo con el “Protocol de diagnòstic i tractament del virus de l’hepatitis C per persones drogodependents”(7) de Catalunya, proponemos agilizar los protocolos de diagnóstico y tratamiento e intensificar el trabajo transversal con equipos multidisciplinares formados por especialistas en hepatología, salud mental y adicciones, enfermería, trabajadores sociales e incluir a los mismos afectados para un trabajo entre iguales. Además, recomendamos intensificar las campañas de prevención y tratamiento, mejorar la educación sanitaria, flexibilizar aún más el proceso de diagnóstico y tratamiento y promover políticas sociales para una mayor cobertura de las necesidades de las personas UDI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Comissió per a l’elaboració del pla de prevenció i control de l’hepatitis C a Catalunya. Bruguera M, Ruiz G. Pla de prevenció i control de l’hepatitis C a Catalunya [Internet]. Gencat.cat. [citado el 10 de mayo de 2022]. Disponible en: https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its/04_Hepatitis_viriques/Pla-Hepatitis-Definitiu_C_DEF.pdf
2. Folch C, Lorente N, Majó X, Parés-Badell O, Roca X, Brugal T, Roux P, Carrieri P, Colom J, Casabona J, REDAN study group. Drug consumption rooms in Catalonia: A comprehensive evaluation of social, health and harm reduction benefits. *Int J DrugPolicy*. 2018; 62, 24-29.
3. Saludes V, Antuori A, Folch C, González N, Ibáñez N, Majó X, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E; Hep C detect II Study Group. Utility of a one-step screening and diagnosis strategy for viremic HCV infection among people who inject drugs in Catalonia. *Int J DrugPolicy*. 2019; 74:236-245
4. Folch C, Saludes V, Reyes-Ureña J, Antuori A, Ibáñez N, Majó X, Colom J, Matas L, Casabona J, Martró E; HepCdetect II StudyGroup. The hepatitis C care cascade among people who inject drugs accessing harm reduction services in Catalonia: Major gaps for migrants. *Int J DrugPolicy*. 2020; 10; 90:103057.
5. Parés-Badell O, Espelt A, Folch C, Majó X, González V, Casabona J, Brugal MT. Undiagnosed HIV and Hepatitis C infection in people who inject drugs: From new evidence to better practice. *J Subst Abuse Treat*. 2017; 77:13-20
6. Saludes V et al. HCV reinfection is common in people entering prisons in Catalonia, Spain (Re-HCV study). The International Network on Health and Hepatitis in Substance Users (INHSU). 2021.
7. Agència de Salut Pública de Catalunya. Programa de prevenció, control i atenció al virus d’immunodeficiència humana, les infeccions de transmissió sexual (ITS) i les hepatitis víriques (HV). Protocol de diagnòstic i tractament del virus de l’hepatitis C per persones drogodependents. Barcelona 2021.

MALALTIA

Afeccions vinculables a la forma de vida

LTJ21 Tele dermatologia. Una oportunitat, una realitat

Dr Jesús González Rupérez

METGE DERMATÒLEG

La fiabilidad diagnóstica de la TDA en condiciones de práctica clínica es elevada. Los dermatólogos pueden predecir errores diagnósticos analizando su confianza diagnóstica y la calidad de las fotografías (Romero Aguilera et al)

A començaments del any 2020 va sortir l'oportunitat de recolzar als professionals voluntaris coordinats des de la vessant dermatològica. Em va sorgir l'oportunitat d'iniciar una consulta telemàtica. Coincidint en el temps amb l'aparició de COVID-19.

Donat les característiques de l la població atesa ho vàrem plantejar inicial i provisionalment :

El professional de carrer o de consulta detecta la patologia, i quan té dubtes em remet fotografia via whatsapp, amb dades sobre sexe edat, antecedents o patologia present i en poques hores contacto donant una orientació diagnòstica i terapèutica o la necessitat de derivació i consulta presencial.

Fins ara hem fet a prop 200 consultes I la patologia dermatològica es variada, predominant las dermatosis inflamatories agudes o subagudes, les piodermitis, escabies, infeccions fúngiques, úlceres i miscel·lània que va des de lesions tumorals benignes o malignes a patologia de ungles de cabell...

- Es tracta d'un acte mèdic i com a tal ha de contemplar els preceptes medicolegals de compliment obligat (cura en la confidencialitat i seguretat en la gestió de les imatges)
- Cura en la confidencialitat i seguretat en la gestió de les imatges (1-ELEMENT integrant de la Història Clínica DERMATOLÒGICA 2-INSTRUMENT de informació clínica, formació, recerca i divulgació 3-DOCUMENT medicolegal
- El diagnòstic no pot ser de certesa sinó de orientació diagnòstica i terapèutica
- El procés ha d'incloure la identificació de tots els participants (Consultant/Pacient/Consultor)
- Establir els costos del procés (temps dels professionals i suport de soft i hardware)

- En lesions pigmentades la tele dermatologia presenta especials dificultats
- El gold-estàndard continua sent la visita presencial.
- No substitueix sinó que complementa la consulta presencial

Ús aconsellable de la tele dermatologia

- En situacions en què el desplaçament del pacient té una dificultat afegida, ja sigui per la distància o per les seves condicions de mobilitat.
- Classificació i/o monitoreig, tant a Àrees desateses o deficitàries de professionals o clíniques de dermatologia , reduint tant el nombre de referències innecessàries i temps d'espera.
- En aquells processos en què la teleconsulta pot prevenir, amb una alta probabilitat, la derivació del pacient. Dit d'una altra manera, en aquells processos en què el tractament i seguiment dependrà del metge o metgessa de família i, per tant, s'evitarà la derivació.
- Per millorar l'apoderament del malalt crònic en el control de la seva malaltia
- Eina pedagògica docent .



¿LA NOSTRA PRACTICA EN TELEDERMATOLOGÍA, RESPON A AQUEST IDEAL DE QUALITAT ASSISTÈNCIAL)

Entre les definicions més pragmàtiques i concretes sobre l'ideal de la assistència sanitària es troba l'emesa pel Ministeri de Sanitat del Regne Unit el 1997, segons la qual la qualitat assistencial consistiria en «fer les coses adequades, a les persones adequades, en el moment precís i fer-les bé des del principi» no han estat requisits plenament resposts a la pràctica de la dermatologia clínica convencional.

- HA ESTAT UN RECURS SENCILL I EFICIENT
- RESOLUTIU (IN SITU O DERIVANT) però no substitueix la consulta presencial, si cal
- PEDAGOGIC I DE RECOLÇAMENT PER ALS PROFESSIONALS DE CARRER
- I ANIMEM A INICIAR EL CAMI D AQUESTES EINES.



BIBLIOGRAFIA

- Romero Aguilera G, Cortina de la Calle P, Vera Iglesias E, Sánchez Caminero P, García Arpa M, Garrido Martín JA. Interobserver reliability of store-and-forward teledermatology in a clinical practice setting. *Actas Dermosifiliogr.* 2014 Jul-Aug;105(6):605-13.. doi: 10.1016/j.ad.2013.12.007. Epub 2014 Mar 11. PMID: 24626106.
- Model d'atenció en dermatologia i criteris de planificació <http://www20.gencat.cat/portal/site/salut/menuitem.f33aa5d2647ce0dbe23ffed3b0c0e1a0/?vgnex...> - 7k
- Direcció General de Planificació i Recerca en Salut del Departament de Salut . Pla de salut 2011-2015. © 2013 Generalitat de Catalunya Departament de Salut
- Pla Director de Sistemes d'Informació del SISCAT. Construint junts una estratègia de salut digital per a Catalunya. Departament de Salut 2017
- TELEMEDICINA. Cómo y cuándo utilizarla en la práctica asistencial. Cuadernos de la Buena Praxis noviembre de 2021. COMB. www.comb.cat
- (<http://www.americantelemed.org/>, www.bad.org.uk/healthcare-professionals/specialist-groups/british-teledermatology-society, www.aad.org/forms/policies/uploads/ps/ps-teledermatology.pdf)
- Moreno-Ramírez D, Romero-Aguilera G. Teledermatology: From the Tempest of Debate to Calmer Waters. *Actas Dermosifiliogr.* 2016 Jun;107(5):366-8. doi: 10.1016/j.ad.2016.01.006. Epub 2016 Mar 5. PMID: 269. 56401.

LTJ22 Atenció a persones en situació de sensellarisme amb patologia crònica

Rebeca Alfranca,

M^A ÀNGELS FERNÁNDEZ-HORTAL,
ELISENDA FERNÁNDEZ-ESCOFET
CENTRE D'ATENCIÓ PRIMÀRIA
SANTA CLARA, INSTITUT CATALÀ
DE LA SALUT, GIRONA

Fran Calvo

SERRA HÚNTER FELLOW,
DEPARTAMENT DE PEDAGOGIA,
INSTITUT DE RECERCA SOBRE
QUALITAT DE VIDA, UNIVERSITAT
DE GIRONA

Carles Fàbregas

CENTRE D'ACOLLIMENT I SERVEIS
SOCIALS "LA SOPA", GIRONA

INTRODUCCIÓ

El terme sensellarisme és un neologisme resultant de la traducció literal del concepte *homelessness*, procedent de l'anglès i que fa referència a una situació d'exclusió social relacionada amb la carència d'una llar digna. Les causes del sensellarisme es relacionen majoritàriament amb factors de risc estructurals agreujats per factors de risc individuals (Bramley & Fitzpatrick, 2018) que afecten a totes les àrees de la persona que ho pateix, especialment en la seva salut.

Les persones en situació de sensellarisme (PES) presenten un major risc de patologia mental (Schreiter et al., 2017), addiccions a substàncies (Polcin, 2016) i malalties infeccioses (tuberculosi, Hepatitis C, HIV) (Fazel et al., 2014), i conseqüentment una elevada mortalitat a edats primerenques (Termorshuizen, 2014). Un estudi preliminar publicat en 2021 amb PES de Girona va determinar que l'edat mitjana de mort de les persones en situació de sensellarisme va ser de 49 anys mentre que l'esperança de vida mitjana de la població general supera els 80 (Calvo et al., 2021).

Els objectius d'aquesta ponència son analitzar les dades de mortalitat, i les variables de salut relacionades en una mostra de 3.854 PES així com descriure la intervenció comunitària especialitzada adreçada a millorar la qualitat de la salut de les PES que es desenvolupa a Girona.

RESULTATS. MORTALITAT I VARIABLES ASSOCIADES

Durant els anys 2006 i 2020 van morir 391 PES (10,1% de la mostra), dels quals 281 eren nascuts a l'estat espanyol i 102 eren nascuts fora de l'estat espanyol (la resta van ser casos dels que es desconeixia

la procedència). La primera causa de mort va ser el suïcidi (n = 92), després de la cirrosi hepàtica (n = 70), la sobredosi (n = 58), la malaltia pulmonar obstructiva crònica (EPOC) (n = 42), una cardiopatia (n = 36) SIDA (n = 36), algun tipus de càncer (n = 31) o meningitis sepsis (n = 18). El percentatge de morts entre els nascuts a Espanya respecte els immigrants va ser de 18,4% vs 4,3% (χ^2 (1) = 21.76, $p < .001$). A més, es van trobar diferències en les causes de mort. Els nascuts a Espanya van morir més com a conseqüència de sobredosi (18.5% vs. 5.8%, χ^2 (1) = 31.97, $p < .001$) i per cardiopatia o infart (11.4% vs. 3.9%, χ^2 (1) = 29.25, $p < .001$). Pel contrari, els immigrants van morir més com a conseqüència del SIDA (11.8% vs. 8.5%, χ^2 (1) = 8.91, $p = .050$) i del càncer (17.6% vs. 4.6%, χ^2 (1) = 31.10, $p < .001$).

L'edat mitjana de mort va ser de 52,4 anys i els predictors d'una edat de mort més primerenca (model que explica el 89% de la varianza) van ser la EPOC (B = -7,714), la procedència (neixer a Espanya) (B = -6,626), el trastorn per consum de cocaïna (B = -6,046), el trastorn per consum d'opiacis (B = -5,580), les malalties cardiovasculars (B = -5,539), el trastorn per consum d'alcohol (B = -5,7132), la tuberculosi (B = -4,769), la hipertensió arterial (B = -4,501), els antecedents penals (B = -3,687) i el virus de la hepatitis C (B = -3,240).

PROPOSTA D'INTERVENCIÓ: CONSULTA D'INFERMERIA DE PRIMÀRIA EN UN CENTRE ESPECÍFIC PER A PERSONES EN SITUACIÓ DE SENSE-LLAR

Tot i aquesta elevada mortalitat, moltes de les PES que sobreviuen, conviuen amb aquestes malalties amb una comorbiditat elevada que genera multitud de casos de difícil abordatge desde el sistema de salut (Al-



franca et al., 2021). Els Centres d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències i els programes de reducció de danys associats als consums de drogues han contribuït també a què les PES arribin a millorar la seva supervivència (Ho et al., 2015). Però entre aquests supervivents, moltes vegades abstinents o amb consums esporàdics, trobem molta cronicitat orgànica i deteriorament cognitiu que generen una alta dependència de recursos assistencials ambulatoris o residencials (Gelberg et al., 1990).

El concepte de cronicitat en ciències de la salut fa referència a un aspecte d'irreversibilitat en malalties transmissibles (com el VIH), no transmissibles (com les cardiovasculars, diabetis, càncer), malalties mentals (com l'esquizofrènia), malalties físiques permanents i discapacitats (WHO, 2002).

Hi ha estudis que mostren que certes malalties cròniques com la diabetis mellitus tipus 2, la hipertensió arterial, la malaltia pulmonar obstructiva crònica, les demències o altres s'avancen en les PES una mitjana de vint anys en relació a la resta de la població (Culhane, et al. 2013). L'enolisme, les addiccions a drogues i també els consums abusius o puntuals, agreugen l'estat general de la persona dificultant el control de la pressió arterial i la glucèmia. En molts de casos, molts anys de consum de drogues han deixat seqüeles en el seu cervell, no sent excepcional el fet de trobar PES de 50-60 anys amb demències de Wernicke o vasculars.

Els pacients crònics complexos suposen un repte pels serveis socials i sanitaris que els atenen. Les descompensacions de la malaltia crònica i la seva dificultat per l'autocura els porten a freqüentar les urgències hospitalàries i centres de salut, sent complicat el maneig i seguiment de la seva patologia. El deteriorament físic i psíquic d'aquestes PES amb patologies cròniques fa que no puguin continuar vivint a l'espai públic o altres situacions de sensellarisme més severes, on poden emmalaltir greument i ocupen llits durant llargues estades en albergues i centres d'acollida, ja que sovint són massa joves per una plaça de residència o sociosanitari.

La complexitat d'aquests pacients crònics fa necessària una col·laboració estreta entre diferents professionals (treballadors socials, educadors socials, metges, infermeres). La coordinació aporta una visió més ampla de la persona des de la perspectiva tant mèdica com social. Del treball conjunt entre el Centre d'acolliment La Sopa de Girona i el Centre d'Atenció Primària (CAP) Santa Clara sorgeix la consulta setmanal d'Infermeria, com a proposta de millora a l'atenció que es presta a les PES amb malalties cròniques de la ciutat.

Aquesta consulta va iniciar el seu funcionament al gener de 2021. El seu objectiu és realitzar visites de seguiment, cures, vacunacions, propostes d'actualització de medicació, etcètera, a PES amb patologia crònica coordinant-se amb els treballadors socials i els metges del CAP si és precís. Les visites queden registrades a l'Estació Clínica d'Atenció Primària (ECAP) i la consulta té una agenda pròpia on poder inserir els pacients.

La consulta és també el lloc idoni on establir el primer contacte, obrir la història clínica i establir un vincle amb el pacient crònic. Les infermeres assignades a aquesta consulta tenen experiència en el maneig de PES i coneixen les seves particularitats i els circuits de coordinació entres serveis establerts.

El perfil clínic dels usuaris atesos és d'un home de 54,4 anys (rang de 21 a 82 anys). La patologia més prevalent és l'alcoholisme (54%); seguida del tabaquisme (50%). Les addiccions d'altres substàncies representen un 19% i les malalties psiquiàtriques estan presents en el 50% dels usuaris. La depressió, l'esquizofrènia i el trastorn límit de personalitat, esdevenen els diagnòstics més freqüents. D'aquests pacients, un 15% han realitzat intents de suïcidi. El 42% de PES ateses s'han contagiades de COVID-19 al menys en una ocasió. En relació a les malalties cròniques orgàniques, el 46,2% presenten hipertensió arterial, el 26'9% diabetis mellitus i el 23% obesitat.

CONCLUSIONS

Actualment, s'està quantificant l'impacte de la consulta setmanal d'infermeria i a l'espera dels resultats finals, la valoració dels usuaris i dels professionals del centre d'acollida i del centre de salut de referència és molt bona perquè els resultats inicials mostren una millora en el control i el seguiment de les PES amb patologies cròniques i una disminució en la freqüentació de les visites d'urgència.

Un dels elements que més es valora per part dels usuaris és el fet de no haver de desplaçar-se fins al centre de salut, tenint en compte les seves dificultats, en moltes ocasions conseqüència de les mateixes patologies, tenint també en compte la localització del centre d'acolliment que, tot i no estar massa lluny, sí que el recorregut presenta un desnivell considerable per persones amb dificultats de mobilitat o problemes per desplaçar-se.

En la nostra experiència, la consulta setmanal d'infermeria ajuda a millorar l'atenció a les PES amb patologia crònica, però són un col·lectiu vulnerable i amb elevada dependència que precisa més recursos dels ara disponibles. Les PES amb malalties cròniques requereixen d'un referent social, un referent sanitari i d'una coordinació entre ells.

Així, la consulta d'infermeria de La Sopa, pretén ser un espai on es promogui la confiança i el vincle, afavorint el seguiment de la cronicitat en aquest col·lectiu altament vulnerable i facilitant la coordinació dels professionals sanitaris i socials que intervenen.

REFERÈNCIES

- Alfranca, R., Salvans, M., López, C., Giral, C., Ramírez, M. & Calvo, F. (2021). Hepatitis C in homeless people: reaching a hard-to reach population. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 133(7), 529-532.
- Bramley, G., & Fitzpatrick, S. (2018). Homelessness in the UK: who is most at risk?. *Housing Studies*, 33(1), 96-116.
- Calvo, F., Turró-Garriga, O., Fàbregas, C., Alfranca, R., Calvet, A., Salvans, M., ... & Carbonell, X. (2021). Mortality risk factors for individuals experiencing homelessness in Catalonia (Spain): A 10-year retrospective cohort study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1762.
- Culhane, D. P., Metraux, S., Byrne, T., Stino, M., & Bainbridge, J. (2013). The age structure of contemporary homelessness: Evidence and implications for public policy. *Analyses of social issues and public policy*, 13(1), 228-244.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529-1540.
- Gelberg, L., Linn, L. S., & Mayer-Oakes, S. A. (1990). Differences in health status between older and younger homeless adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 38(11), 1220-1229.
- Ho, S. B., Bräu, N., Cheung, R., Liu, L., Sanchez, C., Sklar, M., ... & Groessl, E. J. (2015). Integrated care increases treatment and improves outcomes of patients with chronic hepatitis C virus infection and psychiatric illness or substance abuse. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 13(11), 2005-2014.
- Polcin, D. L. (2016). Co-occurring substance abuse and mental health problems among homeless persons: Suggestions for research and practice. *Journal of social distress and the homeless*, 25(1), 1-10.
- Schreier, S., Bermpohl, F., Krausz, M., Leucht, S., Rössler, W., Schouler-Ocak, M., & Gutwinski, S. (2017). The prevalence of mental illness in homeless people in Germany: a systematic review and meta-analysis. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(40), 665.
- Termorshuizen, F., van Bergen, A. P., Smit, R. B., Smeets, H. M., & van Ameijden, E. J. (2014). Mortality and psychiatric disorders among public mental health care clients in Utrecht: A register-based cohort study. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(5), 426-435.
- WHO. (2002). Innovative care for chronic conditions. <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccglobalreport.pdf>

LTJ23 Treball en xarxa

Sonia Cebrián, Carme Hernández

CAS MÚTUA TERRASSA

Quan se'ns va fer la proposta de participació en aquest Fòrum de seguida vàrem connectar amb el desig de compartir amb vosaltres les nostres reflexions al voltant de l'acompanyament a aquelles persones que presenten una alta complexitat i vulnerabilitat.

Un acompanyament que per nosaltres suposa un treball compartit amb professionals diversos; equip social, equip d'infermeria, personal d'admissions, psiquiatres i psicòlegs i la necessitat de treballar en xarxa amb la família o referents i els serveis del territori.

I us volem parlar de tot això encetant un "camí".

Aquestes rutes que avui compartim amb vosaltres tenen noms, el Francisco Javier, el Carlos, la Rosario, el Luis, la Trini, l'Andrés, l'Antonio...persones que atenem al nostre recurs i que passen per moments vitals complexos (a vegades transitoris, d'altres cronificats i en alguns casos que els ha portat a finalitzar la seva estada en aquest món).

Persones que arriben al nostre recurs i que per tota aquesta complexitat fàcilment se'ns pot passar pel cap de centrar-nos en el nostre objectiu de treball i obviar la resta, no voler acompanyar-los en alguns dels senders pels que caminen.

També us volem parlar de nosaltres, els professionals que ens trobem fent de "xerpes" sense tenir un itinerari; amb trencalls, pujades, baixades, que hem de transitar "sobre la marxa" i que moltes vegades ens porten a la sensació d'arribar sempre al mateix punt, a un paisatge no precisament maco.

I compartir amb vosaltres algunes reflexions del nostre dia a dia al CAS de la ciutat de Terrassa, gestionat per Mútua Terrassa, un centre d'atenció a les drogodependències inaugurat l'any 1979 que ofereix els seus serveis a la població de Terrassa, Matadepera, Viladecavalls, Ullastrell, Vacarisses i Sant Quirze.

I que l'any 2021 va atendre a 1245 persones.

En aquesta Jornada no us parlarem de totes aquestes persones, us volem parlar d'aquelles que ja sigui per la seva patologia mental descompensada, patologies orgàniques afegides, un consum abusiu

i/o una situació social vulnerable ens mobilitzen per tal de trobar espais, i formes de treball en xarxa que permetin poder dissenyar una ruta en sintonia amb aquestes realitats complexes.

Quan comencem a caminar en aquest procés d'acompanyament moltes vegades som els professionals, les famílies, la xarxa de suport els que veiem clar que s'ha de fer alguna cosa, que és possible una altra ruta però la persona que atenem el que té al davant i el que té a dins és un paisatge emboirat que no li permet veure.

Un paisatge en el que es troben amb tanques, escarpats, avencs...que construeixen ells mateixos i/o que generem des dels recursos assistencials.

I necessitem una brúixola comuna que orienti el procés i que per nosaltres comporta parlar de: Acompanyament global, Respecte al seu ritme, Fugir de l'Estigma i Acceptació.

Però per arribar a compartir aquestes direccions els nostres recursos i nosaltres com a professionals hem d'establir un compromís de treball en xarxa.

I de nou volem posar noms, els dels recursos assistencials del territori als que podem posar cara, la dels professionals amb els que compartim aquest camí; el SAI, Fundació Busquets, Andana, Servim, AIDE, ALBA, SIE, SAI DASIG...

El nostre camí es concreta en un treball en xarxa que va posant fites, construint ponts perquè la persona pugui ser acompanyada de manera global, oferint un recer quan és necessari, buscant dreceres per apropar els recursos i observant de forma conjunta tot el procés des de miradors que ens donen pistes i ens permeten donar-nos suport.

I reconeixent que podem arribar a camins impracticables, degut a la manca de recursos tant socials com de salut, a les dificultats d'adequació d'aquests a la idiosincràsia de la persona i/o la incapacitat de la pròpia persona per prendre decisions personals.

Només en queda compartir amb vosaltres aquesta frase que resumeix l'esperit de la nostra aportació a aquesta trobada:

"Si camines sol aniràs més ràpid...Si camines acompanyat arribaràs més lluny".



Barreres personals:

- Dificultat per connectar amb les pròpies capacitats
- Baix insight
- Manca d'objectius vitals
- Situació social desfavorable
- Xarxa de suport feble

Barreres del sistema:

- Normatives
- Estigma
- Accessibilitat
- Continuum assistencial
- Manca de recursos



LTJ24 Salut Sense Sostre

Carme Roca

SALUT SENSE SOSTRE

QUI SOM

Som un grup multidisciplinari de professionals de l'àmbit sanitari, que ens hem unit per oferir atenció social i sanitària a les persones vulnerables (amb dificultat d'accés a l'assistència sanitària pública).

Actuem:

- Amb esperit d'humilitat, respecte i prudència.
- De forma voluntària i altruista.
- Per complementar el sistema de salut del nostre país en l'atenció a les persones més vulnerables.

Un equip de professionals sanitaris de les disciplines: medicina interna, medicina de família, dermatologia, salut internacional, odontologia, cirurgia general i digestiva, psicologia, anestèsia, pediatria, podologia, optometria, infermeria, documentació clínica, farmàcia i osteopatia.

OBJECTIU

L'objectiu de l'associació Salut sense sostre és millorar l'estat de salut de les persones més vulnerables (excloses o en risc d'exclusió social)

QUÈ FEM

Oferim atenció sanitària:

- A l'Església de Santa Anna: atenció mèdica, d'infermeria, odontològica, podològica i d'optometria (Banc de les ulleres).
- A les Missioneres de la Caritat de la Mare Teresa de Calcuta: atenció mèdica i d'infermeria.

- Al menjador social El Caliu de la parròquia de Sant Joan d'Horta: atenció mèdica i d'infermeria.
- Al carrer amb la Unitat mòbil. Gràcies a Missatgers de la Pau, tenim una furgoneta que ens ha permès adaptar-hi una consulta ambulant, a fi de poder desplaçar-nos a més punts d'atenció, amb el material i les condicions necessàries. Coordinació amb altres entitats de caire social que també surten al carrer. Oferim la nostra especificitat com a sanitaris.

També:

- Oferim resolució de patologia aguda.
- Anem al lloc on hi ha les persones, "sortim a buscar-les".
- Intentem establir un vincle de confiança amb la persona.
- Fem el seguiment de la persona si ha fet un ingrés hospitalari i la coordinació amb Treball social, si s'escau.
- Acompanyem a visites mèdiques.
- Registrem les visites que es fan.
- Ajudem en la regularització de la situació sanitària.
- Intentem vincular a la persona al sistema sanitari corresponent.
- Coordinem amb la Sanitat pública i les Fundacions sanitàries i socials.

PROJECTES DE FUTUR

- Expandir-nos a altres llocs on faci falta (Projecte Districtes).
- Replicar aquest model en altres zones del país.
- Seguir aprenent-ne...

MALALTIA

Qui es fa càrrec de la salut de les persones al carrer,
dels consumidors de substàncies no prescrites?

LTJ25 Accions sanitàries REDAN

Daniel Roca

METGE. CAS BALUARD. ASSOCIACIÓ BENESTARI DESENVOLUPAMENT

La reducció de danys (REDAN) és un plantejament pragmàtic i possibilista davant el repte que suposa l'atenció sanitària als col·lectius vulnerables. Per trobar el procés terapèutic just els professionals de REDAN ens debatem entre marcar límits terapèutics consistents amb el risc d'excloure per no accessibles i la feblesa d'un procés terapèutic poc exigent ple de renúncies. L'activitat REDAN posa constantment en qüestió la bondat / idoneïtat de les nostres praxis mèdiques. Vivim permanentment en aquesta meravellosa incertesa.

És sabuda l'elevada mortalitat i càrrega de malaltia associades a uns determinants socials desfavorables (1). L'exclusió social és un rerefons que cal abordar quan afrontem la tasca d'atendre els problemes de salut dels nostres pacients. Un percentatge elevat dels nostres usuaris (mal)viuen en unes condicions de precarietat inacceptables. La majoria no disposen d'una llar estable i es troben en situació de carrer, màxim exponent de la vulnerabilitat social. Viure i dormir al carrer s'associa

a una mortalitat precoç i a una elevada càrrega de malaltia (2).

Presenten elevades taxes d'infeccions transmissibles (VIH, VHC, VHB, MTS, Tuberculosi), més patologia mental associada o no als consums, patologies cròniques que es controlen pitjor i una major incidència de patologia traumàtica / accidentabilitat fruit de la seva exposició al risc (3, 4). El seu accés al sistema sanitari acostuma a ser a través dels serveis d'urgències en condicions sovint greus o avançades i amb una elevada taxa de reingrés (5).

Les tasques sanitàries en reducció de danys inclouen l'atenció a la demanda aguda (associada o no a les conseqüències indesitjables dels consums), cribratge de malalties infeccioses, la vacunació, l'abordatge i confrontació del consum problemàtic, la detecció de noves substàncies i nous patrons de consum. Com a part de l'abordatge de la patologia aguda existeix una funció molt important: servir de nexa d'unió amb el SISTEMA SANITARI CONVENCIONAL. Sovint la nos-





tra tasca és de detecció, però no és a les nostres mans l'abordatge i tractament de les patologies orgàniques detectades. Aquí és on pren una gran importància la tasca de coordinació per fer arribar l'usuari al servei on podrà rebre la millor atenció.

El primer pas com a porta del sistema sanitari és l'ATENCIÓ PRIMÀRIA. Tot usuari hauria d'estar adscrit a un Centre d'Atenció Primària i disposar d'un metge de capçalera accessible. Sabem que la longitudinalitat i l'atenció del metge de capçalera és la millor manera de reduir les visites a urgències, els ingressos i la mortalitat global per qualsevol causa (6). No obstant, de vegades ens cal donar resposta a problemes concrets de forma directa i ens cal activar circuits específics d'atenció. Existeixen i utilitzem vies de comunicació directa amb els serveis hospitalaris de malalties infeccioses, Tuberculosi, Hepatologia, ASSIR. Sovint aquests contactes són producte de les coneixences i de les amistats, però creiem que cal sistematitzar els circuits de comunicació. Cal establir contactes explorant els objectius terapèutics comuns, consensuar circuits de derivació, de seguiment, de tractament directament observat (TDO), de recuperació d'usuaris "perduts", d'activar acompanyaments per a aquells usuaris més vulnerables.

El programa ADIC-C per a la detecció, diagnòstic i derivació dels malalts amb Hepatitis C ha estat un dels exemples de com amb un estreta col·laboració i una

comunicació fluida podem aconseguir accedir a tractar a pacients que d'altra forma romandrien impermeables a l'atenció sanitària (7).

La pandèmia COVID ha posat a prova la nostra capacitat d'imaginar, organitzar i prendre decisions. Des del primer moment vam haver de posar en marxa mesures de protecció amb un redisseny dels espais d'estada i consum. Per altra banda i fent-nos ressò de les dificultats durant el confinament i l'elevat risc d'abstinència entre els consumidors actius d'heroïna, es va activar un circuit preferent d'accés a Programa de Manteniment amb Metadona ("Metaexpress"). En coordinació directa amb Atenció Primària es va establir un circuit de diagnòstic amb uns criteris de derivació i posteriorment vam posar en marxa el programa de vacunació amb l'estreta col·laboració del CAP.

REFERENCIES BIBLIOGRÀFIQUES

1. Whitehead, M., and G. Dahlgren. "Policies and strategies to promote social equity in health." Background document to WHO-Strategy paper for Europe 2007 14 (1991).
2. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, Tweed EJ, Lewer D, Vittal Katikireddi S, Hayward AC. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2018 Jan 20;391(10117):241-250. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31869-X. Epub 2017 Nov 12. PMID: 29137869; PMCID: PMC5803132.
3. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *Lancet*. 2014 Oct 25;384(9953):1529-40. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61132-6. PMID: 25390578; PMCID: PMC4520328.
4. Kushel MB, Evans JL, Perry S, Robertson MJ, Moss AR. No door to lock: victimization among homeless and marginally housed persons. *Arch Intern Med*. 2003 Nov 10;163(20):2492-9. doi: 10.1001/archinte.163.20.2492. PMID: 14609786
5. Hogne Sandvik, Øystein Hetlevik, Jesper Blinkenberg, Steinar Hunskaar. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *British Journal of General Practice* 2022; 72 (715): e84-e90. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0340
6. <https://www.parcdesalutmar.cat/ca/noticies/view.php?ID=10787>

CONSUM DE SUBSTÀNCIES

NO PRESCRITES

LTJ26 Talleres para prevenir muertes por reacción aguda en consumidores de heroína y/o cocaína intravenosa. El concepto de sobredosis múltiples

Igor Bacovich

COREÒGRAF | EDUCADOR

INTRODUCCIÓN

La administración de drogas por vía intravenosa implica reacciones adversas. En el caso de las drogas no legales, la heroína es la que provoca mayor tasa de mortalidad¹. La cocaína da lugar a mayor diversidad de reacciones agudas, pero de menos gravedad².

Se han desarrollado diversas estrategias para disminuir los daños relacionados con el consumo. En este artículo revisamos las reacciones adversas en una sala de inyección, centrándonos muy especialmente en la depresión del centro respiratorio ocasionada por la heroína.

Completa el estudio la aplicación de programas de formación de usuarios y sus familiares, precisamente para evitar estas reacciones. A partir de 2009 realizamos talleres de formación a partir de la experiencia de otros países (Anexo 1), aplicadas a nuestro entorno (Anexo 2).

Nos planteamos, fundamentalmente, si los usuarios que han sufrido reacciones adversas han realizado esta formación.

PERSONAS Y METODOS

El estudio ha sido realizado en el SAPS, Creu Roja, servicio creado en Barcelona el año 1993. Ofrece ayuda sociosanitaria a personas consumidoras de drogas ilegales en situación de exclusión social. Cuenta con sala de venopunción, instaurada en el año 2003, con dos plazas de inyección simultánea y supervisión por parte de personal sanitario.

Se revisan, en el periodo de 2003 a 2011, el número de consumos habidos, reacciones adversas en función

de las sustancias consumidas y la aparición en un mismo usuario de más de una reacción adversa. Para la cocaína se han considerado un amplio número de reacciones², mientras que para la heroína se ha considerado la disminución de la frecuencia respiratoria por debajo de 15 respiraciones por minuto.

RESULTADOS

De 2003 a 2011 en la sala de venopunción asistida del SAPS han tenido lugar 57.898 consumos con 367 (0,63%) reacciones agudas adversas, ninguna de ellas mortales. La heroína –menos utilizada que la cocaína– ha provocado el 79% de las reacciones adversas. No se han observado reacciones adversas en los consumos de speed-ball o consumo combinado de cocaína y heroína (Tabla 1).

En los consumidores de heroína (Tabla 2), casi la mitad de las reacciones son por usuarios reincidentes. La quinta parte de los usuarios ocasiona algo menos de la mitad de las reacciones.

En 2009 se iniciaron los talleres de formación en sobredosis y administración de naloxona. De 2009 hasta 2012, se realizaron 192 formaciones y distribuido 423 unidades de naloxona. Nuestros usuarios han utilizaron en 40 ocasiones la naloxona para revertir una situación de depresión respiratoria

De los 53 usuarios con más de una reacción aguda al consumo, se perdió el contacto con 19 antes del inicio del programa de formación. De los 5 usuarios, de los que tenemos datos pero que no realizaron la formación, uno falleció, si bien no tenemos información sobre la causa ni circunstancias. Tampoco tenemos un argumento concreto por el cual los 4 usuarios no han realizado la formación. formados. (Tabla 4).

1 United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) World Drug Report 2009.

2 Delás J, Priore AG, Pigem A, Aguas M. Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada. Med Clin (Barc). 2008; 130:35

TABLA 1. Efectos posconsumo 6 salas*, DSM-IV y estudio SAPS 2008

			DSM-IV	2008 %
Efectos	N	%	Si/-	%
Midriasis o dilatación pupilar	399	73,9	Si	
Hipertensión arterial sistólica superior a 160 mmHg	53*	52,5	Si	
Diaforesis o sudoración	196	36,3	Si	
Taquicardia o frecuencia superior a 80 latidos por minuto	153	28,3	Si	8,3
Enlentecimiento psíquico o físico	146	27	Si	
Verborrea o habla desbordante	141	26,1		49,4
Búsqueda de objetos presumiblemente inexistentes	114	21,1		14,9
Discinesias o movimientos repetidos de la cara	93	17,2	Si	
Sialorrea o aumento de saliva	89	16,5		
Alucinaciones visuales	79	14,6		13,7
Sensación de ser perseguido que antes del consumo no	64	11,9		3,6
Delirio o formulación de ideas irreales	63	11,7		7,1
Orden y limpieza compulsiva que antes del consumo no	48	8,9		1,8
Agitación psíquica o física	42	7,8	Si	9,5
Náuseas o vómitos	38	7	Si	
Crisis comiciales o movimientos repetitivos involuntarios	25	4	Si	9,5
Escalofríos o tiritonas	19	3,5		
Hurgarse en las heridas	20	3		3,0
Alucinaciones táctiles	12	2,2		
Parálisis repentina	12	2,2		5,4
Hipotensión arterial sistólica inferior a 100mmHg	10	1,1	Si	
Pulso no rítmico por palpación o auscultación	6	1,1	Si	
Alucinaciones auditivas	6	1,1		8,9
Cefalea o dolor de cabeza	5	0,9		
Bradicardia o frecuencia cardíaca inferior a 60 latidos por	5	0,9	Si	
Dolor en tórax anterior	2	0,4	Si	
Debilidad muscular manifestada por imposibilidad de mantenerse en pie	2	0,4	Si	
Taquipnea o frecuencia respiratoria superior a 15	44	0,1		1,8
Bradipnea inferior a 10 respiraciones por minuto	0	0	Si	
Coma o disminución del nivel de conciencia	0	0	Si	
	1886			

*Barcelona CAS Baluard, SAPS, Unidad Móvil Zona Franca, Arrels RD de Lleida, CARD las Barranquillas de Madrid y Médicos del Mundo de Bilbao.

Tabla 1. Consumos y reacciones adversas en el periodo 2003-2011

	Consumos en la sala		Reacciones adversas			Usuarios reincidentes		Usuarios con una sola reacción adversa
Sustancia	N	%	N %	%	Usuarios	Usuarios	Reacciones	Usuarios/Reacciones
Cocaína	27.773	48%	76 [0,27%]	21%	53	12	35	41
Heroína	20.988	36%	291 [1,39%]	79%	202	41	130	161
Speed-ball	9.137	16%	0		0			
Totales	57.898	100%	367 [0,63%]	100%	255	53	165	202

Tabla 2. Consumos y reacciones adversas en el periodo 2003-2011 de heroína sola o combinada con cocaína (speed-ball)

	Usuarios	%	Sobredosis	%
Única sobredosis	161	79,7	161	55,33
Sobredosis múltiples	41	20,3	130	44,67
Total	202	100	291	100

Tabla 3 Formaciones en sobredosis y administración de naloxona 2009-2012

Formaciones	Ampollas de naloxona distribuidas	Utilizadas
		N (%)
192	423	40 [9,5]

Tabla 4. Programa de formación de los 53 usuarios con antecedentes de dos o más sobredosis

Usuarios con reacciones adversas reincidentes	Han hecho el taller de formación	Perdidos, sin seguimiento	No han hecho la formación
53	29	19	5

DISCUSIÓN

Los resultados de ocho años de seguimiento de los consumos en la sala de venopunción no muestran ninguna muerte tras el consumo. No es posible en nuestra sala de consumo analizar las sustancias que se van a inyectar. Por lo que hay que guiarse por la información cualitativa de los usuarios sobre la sustancia que creen que van a consumir, sin ningún dato cuantitativo en relación a su pureza.

Según estos datos, es más frecuente el consumo de cocaína, pero se han dado mayor número de reacciones adversas a la heroína.

No tenemos ninguna explicación al hecho de que no hayan aparecido reacciones adversas al consumo combinado de heroína y cocaína. Es difícil extraer conclusiones, sin datos referentes al porcentaje de la mezcla. Queda, tan sólo, como una observación.

Los 53 usuarios reincidentes –con más de una reacción adversa–, han ocasionado el 52% del total de las reacciones adversas. No tenemos datos para considerar si existen factores de tipo fisiológico o derivados de sus hábitos de consumo. En cualquier caso consideramos que deben ser objeto de especial atención y seguimiento aquellos consumidores que informen de haber sufrido dos o más sobredosis.

Los programas de prevención de reacciones adversas comenzaron en 2009. Para entonces un cierto número de usuarios con más de una reacción adversa se habían desvinculado del servicio. De los restantes todos se formaron a excepción de 5, de los cuales uno murió sin que tengamos información sobre su muerte.

La combinación de estrategias, detectar en la sala de venopunción las personas que sufren más de una reacción adversa y proponerles la realización de los cursos es un objetivo importante, que, sin embargo no se ha

cumplido en todos los casos. Los cursos son voluntarios y la movilidad de los usuarios es amplia.

Para la evaluación del uso de naloxona en depresión del centro respiratorio, nos hemos de valer de la información de los usuarios. Sin duda, es una limitación del estudio, pero muy difícilmente soslayable, ya que precisamente el objetivo es que actúen fuera del ámbito de los servicios sanitarios.

Parece importante que los usuarios que han sufrido más de una reacción adversa realicen los cursos de formación en su faceta preventiva. Pero, no es fácil que puedan autoauxiliarse en situaciones de depresión del centro respiratorio, por lo que habrían de hacerse esfuerzos para que personas cercanas a ellos también accedan a la formación para actuar ante reacciones adversas.

ANEXO 1. EXPERIENCIAS ANTERIORES DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE SOBREDOSIS CON NALOXONA

Algunos de los primeros programas de formación de los usuarios de drogas para administrar naloxona en los Estados Unidos se llevaron a cabo en San Francisco y Chicago³. Los buenos resultados en cuanto a la prevención de muertes por administración de naloxona^{4,5} generaron una buena opinión entre profesionales de la salud de Nueva York, apoyando la prescripción de naloxona para la prevención de sobredosis⁶, que se siguieron en Filadelfia, Baltimore, Boston, Los Ángeles, Milwaukee y los estados de Nuevo México, Nueva York, así como en Canadá, en la ciudad de Toronto.^{7,8,9}

A pesar de ellos las intervenciones siguen siendo limitadas.^{10,11}

En 2005, la Harm Reduction Coalition (HRC), organización para reducir la morbilidad y la mortalidad relacionada con las drogas, planteó un proyecto de prevención de sobredosis por opiáceos.¹² Se planteaba reducir las muertes por sobredosis con la distribución de hidrocloreuro de naloxona a los usuarios de drogas inyectables en la ciudad de Nueva York y su seguimiento durante un año (2005-2006) en el que participaron más de 1.000 usuarios.¹³

También se implementaron programas de formación de sobredosis y de distribución de naloxona nasal en algunas comunidades de Massachussets. Se comprobó que en las comunidades en las que se habían implantado programas de distribución de naloxona nasal habían disminuido las tasas de mortalidad por sobredosis agudas con opioides.¹⁴

En 2010, la HRC encuestó a los profesionales de 50 equipos que proporcionaban naloxona a consumidores de opiáceos en los Estados Unidos para recolectar datos sobre la ubicación de los programas locales, la distribución de la naloxona y el número de sobredosis revertidas. Respondieron 48 de los 50 equipos, distribuidos en 188 programas locales. Los resultados mostraron que un 20% de las formaciones sirvieron para revertir una situación de sobredosis.¹⁵

En Europa los dos países que presentaron por primera vez la eficacia de un programa de distribución de naloxona para prevenir la mortalidad asociada a las sobredosis de opiáceos fueron Alemania e Inglaterra

- 3 Karin E. Tobin, Wade R. Gaasch, Carla Clarke, Ellen MacKenzie, and Carl A. Latkin. Attitudes of Emergency Medical Service Providers Toward Naloxone Distribution Programs. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 82, No. 2.
- 4 Maxwell S, Bigg D, Stanczykiewicz K, Carlberg-Racich S Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths. *J Addict Dis*. 2006; 25(3):89-96..
- 5 Seal KH, Hammond JP, Ciccarone D, Downing M, Thawley R, Edlin B. Providing naloxone to IDUs can save lives. Paper presented at: the Fourth National Harm Reduction Conference; December 1, 2002; Seattle, Washington, DC.
- 6 Strang J, Powis B, Best D, et al. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*.1999; 94:199–204.
- 7 "OD Prevention Program Locator.". Overdose Prevention Alliance. Retrieved 15 May 2012.
- 8 Toronto naloxone program reduces drug overdoses among addicts. Karissa Donkin Staff Reporter, Published on Sun Sep 09 2012. News / GTA
- 9 Galea S, Worthington N, Markham Piper T, Nandi VV, Curtis M, Rosenthal D. Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City. *Addict Behav*. 2006;31:907–12. doi: 10.1016/j.addbeh.2005.

- 10 Beletsky L, Ruthazer R, Macalino GE, Rich JD, Tan L, Burris S. (2007 Jan). "Physicians' knowledge of and willingness to prescribe naloxone to reverse accidental opiate overdose: challenges and opportunities". *Journal of Urban Health* 84 (1): 126–36. doi:10.1007/s11524-006-9120-z. PMC 2078257. PMID 17146712.
- 11 Beletsky L, Rich JD, Walley AY. (2012). "Prevention of Fatal Opioid Overdose". *JAMA* 308(18): 1863–1864. doi:10.1001/jama.2012.14205. PMC PMC3551246. PMID 23150005.
- 12 Harm Reduction Coalition. <http://www.harmreduction.org/index.html>
- 13 Overdose prevention for injection drug users: Lessons learned from naloxone training and distribution programs in New York City. Tinka Markham Piper, Sasha Rudenstine, Sharon Stancliff, Susan Sherman, Vijay Nandi, Allan Clear, Sandro Galea. *Harm Reduct J*. 2007; 4: 3. Published online 2007 January 25. doi: 10.1186/1477-7517-4-
- 14 Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxonedistribution in Massachussets.
- 15 Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone – United States, 2010.

[18].¹⁶ Posteriormente se extendieron a España como Rusia y Escocia ^{17,18,19}

En Escocia, durante el período 2011-2012 en el curso de un programa a nivel nacional se distribuyeron 3.445 kits de naloxona a presos que podían tener riesgo de sobredosis tras su liberación de la cárcel²⁰. El primer año de esta iniciativa ha recibido el respaldo de 13 de las 14 juntas de la NHS (la seguridad social británica) dentro de Escocia.

También se han documentado diferentes programas similares en Australia y China.^{21,22}[23,24]

ANEXO 2. CONTENIDO DE LOS TALLERES DE PREVENCIÓN DE SOBREDOSIS.

Se trata de talleres de dos horas aproximadamente de duración en que se forman de dos a seis personas. Los objetivos son

- identificar los factores de riesgo que predisponen a una reacción adversas como el consumo simultáneo de diferentes drogas),
- reconocer los signos de reacciones adversas
- la reversión de la depresión del centro respiratorio por heroína, con naloxona. La naloxona es un antagonista de los opiáceos que revierte la insuficiencia respiratoria asociada a la sobredosis de opioides, como la heroína.²³ Puede ser inyectada por vía intramuscular o por vía intravenosa y se puede administrar por vía intranasal a través de un aerosol.²⁴ [No provoca adic-

ciones y los efectos adversos de su administración son muy poco frecuentes.²⁵

Al final de los talleres, se reparte un cuestionario [Anexo3] para evaluar si los participantes han adquirido los conceptos básicos y están capacitados para actuar delante una sobredosis, imprescindible en los casos en los que no exista personal sanitario que pueda hacerse cargo de la situación.

La participación en los talleres es voluntaria. El taller se remunera y se les facilita un carnet de agente de salud. Se intenta la transmisión de la información basada en la metodología de “Bola de Nieve”: los mismos usuarios que acuden al taller son los que se encargan de contactar con personas que quizás no han venido nunca al servicio. De esa forma con estas personas es posible una comunicación bidireccional: información desde ellas al servicio e información sanitaria y social desde el centro hasta estas personas.

ANEXO 3. TEST DE VALORACIÓN DEL TALLER DE SOBREDOSIS

1. Pon una cruz en las conductas o situaciones que comportan riesgos de sufrir una sobredosis por heroína o por cocaína

La inyección de drogas

La mezcla de heroína y anfetaminas

La mezcla de alcohol y heroína

La mezcla de metadona y pastillas (Tranquimazin, Tranxilium...)

Comida picante antes de tomar cocaína

La mezcla de heroína con agua salada

La mezcla de cocaína y anfetaminas

Al salir de prisión o de una comunidad terapéutica (si has estado más de una semana sin consumir)

16 PROGRAMA PILOT EUROPA: Dettmer K, Saunders B, Strang J. Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. BMJ. 2001;322:895–896

17 Rosenberg H, Melville J, McLean PC. Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services. - Addiction. 2002

18 Dietze P, Jolley D, Fry CL, Bammer G, Moore D. When is a little knowledge dangerous? Circumstances of recent heroin overdose and links to knowledge of overdose risk factors. - Drug Alcohol Depend

19 “IHRA 21st International Conference Liverpool, 26th April 2010 - Introducing ‘take home’ Naloxone in Wales”. Retrieved 9 March 2011.

20 <http://naloxoneinfo.org/>

21 A qualitative evaluation of a peer-implemented overdose response pilot project in Gejiu, China. Bartlett N, Xin D, Zhang H, Huang B. Int J Drug Policy. 2011 Jul;22(4):301-5.

22 The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. Salmon AM, van Beek I, Amin J, Kaldor J, Maher L. Addiction. 2010 Apr;105(4):676-83.

23 Darke S, Hall W. The distribution of naloxone to heroin users. Addiction. 1997; 92: 1195–1199.

24 Dietze P. Intranasal naloxone is an effective first line treatment for suspected opioid overdose in the prehospital setting. Paper presented at: 15th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm; April 24, 2004; Melbourne, Australia.

25 Burris S, Norland J, Edlin BR. Legal aspects of providing naloxone to heroin users in the United States. Int J Drug Policy. 2001; 12:237–248

2. Clasifica los síntomas según que sean de sobredosis por COCAÍNA o HEROÍNA (Pon una C o una H en la casilla)	SUB-STANCIA (C / H)
Agitación, angustia, pánico	
Cianosis (color morado de la piel)	
Miosis (pupilas pequeñas)	
Palpitaciones (el corazón va muy rápido)	
Sudoración	
Midriasis (pupilas grandes)	
Cuerpo caliente, sudoroso y temblando	
No respiración o respiración muy débil	
Adormecido	
3. Ordena los diferentes pasos de actuación ante una sobredosis de heroína.	Núm. de orden
Ventilar (hacer el boca a boca)	
Comprobar si está inconsciente o no: responde a estímulos?	
Administrar naloxona	
Poner la persona en posición lateral de seguridad	
Avisar al 112 / 061	
Observarlo y trasladarlo	
Comunicarle mensajes educativos posteriormente a la sobredosis (por ejemplo, “ahora no vuelvas a consumir”)	
Mirar si respira	

Retirarle la jeringa utilizada y mirar que en el espacio donde actuaremos no hay riesgo para nuestra seguridad o la del compañero	
Ponerse guantes de protección	
4. Ordena los diferentes pasos de actuación ante una sobredosis de cocaína.	Núm. de orden
* Observarlo y trasladarlo	
* Comunicarle mensajes educativos posteriormente a la sobredosis (por ejemplo, “ahora no vuelvas a consumir”)	
* Retirarle la jeringa utilizada y mirar que en el espacio donde actuaremos no hay riesgo para nuestra seguridad o la del compañero	
* Intentar tranquilizarle mientras llega la ambulancia.	
5. Las ampollas de naloxona pueden inyectarse en vena en casos en que la sobredosis por heroína pone en peligro la vida de la persona	SÍ / NO
6. En el caso que no se encuentra la vena la naloxona puede administrarse por vía intramuscular y subcutánea.	SÍ / NO
7. La administración de naloxona a otra persona puede salvarle la vida pero debe quedar claro que se hace bajo la responsabilidad de la persona que la inyecta.	SÍ / NO
8. Como lo efectos de la naloxona son de muy corta duración, es conveniente pedir ayuda al teléfono 112/061 para que la persona con sobredosis pueda estar en observación en las siguientes horas	SÍ / NO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) World Drug Report 2009.
2. Darke S, Hall W. The distribution of naloxone to heroin users. *Addiction*. 1997; 92: 1195–1199.
3. Burris S, Norland J, Edlin BR. Legal aspects of providing naloxone to heroin users in the United States. *Int J Drug Policy*. 2001; 12:237–248
4. Dietze P. Intranasal naloxone is an effective first line treatment for suspected opioid overdose in the prehospital setting. Paper presented at: 15th International Conference on the Reduction of Drug Related Harm; April 24, 2004; Melbourne, Australia.
5. Karin E, Tobin, Wade R, Gaasch, Carla Clarke, Ellen MacKenzie, and Carl A. Latkin. Attitudes of Emergency Medical Service Providers Toward Naloxone Distribution Programs. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, Vol. 82, No. 2.
6. Maxwell S, Bigg D, Stanczykiewicz K, Carlberg-Racich S Prescribing naloxone to actively injecting heroin users: a program to reduce heroin overdose deaths. *J Addict Dis*. 2006; 25(3):89-96..
7. Seal KH, Hammond JP, Ciccarone D, Downing M, Thawley R, Edlin B. Providing naloxone to IDUs can save lives. Paper presented at: the Fourth National Harm Reduction Conference; December 1, 2002; Seattle, Washington, DC.
8. Strang J, Powis B, Best D, et al. Preventing opiate overdose fatalities with take-home naloxone: pre-launch study of possible impact and acceptability. *Addiction*.1999; 94:199–204.
9. “OD Prevention Program Locator.”. Overdose Prevention Alliance. Retrieved 15 May 2012.
10. Toronto naloxone program reduces drug overdoses among addicts. Karissa Donkin Staff Reporter, Published on Sun Sep 09 2012. News / GTA
11. Galea S, Worthington N, Markham Piper T, Nandi VV, Curtis M, Rosenthal D. Provision of naloxone to injection drug users as an overdose prevention strategy: Early evidence from a pilot study in New York City. *Addict Behav*. 2006;31:907–12. doi: 10.1016/j.addbeh. 2005.
12. Beletsky L, Ruthazer R, Macalino GE, Rich JD, Tan L, Burris S. (2007 Jan). “Physicians’ knowledge of and willingness to prescribe naloxone to reverse accidental opiate overdose: challenges and opportunities”. *Journal of Urban Health* 84(1): 126–36. doi:10.1007/s11524-006-9120-z. PMC 2078257. PMID 17146712.
13. Beletsky L, Rich JD, Walley AY. (2012). “Prevention of Fatal Opioid Overdose”. *JAMA* 308(18): 1863–1864. doi:10.1001/jama.2012.14205. PMC PMC3551246. PMID 23150005.
14. Harm Reduction Coalition. <http://www.harmreduction.org/index.html>
15. Overdose prevention for injection drug users: Lessons learned from naloxone training and distribution programs in New York City. Tinka Markham Piper, Sasha Rudenstine, Sharon Stancliff, Susan Sherman, Vijay Nandi, Allan Clear, Sandro Galea. *Harm Reduct J*. 2007; 4: 3. Published online 2007 January 25. doi: 10.1186/1477-7517-4-
16. Opioid overdose rates and implementation of overdose education and nasal naloxone distribution in Massachusetts.
17. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Community-based opioid overdose prevention programs providing naloxone – United States, 2010.
18. PROGRAMA PILOT EUROPA: Dettmer K, Saunders B, Strang J. Take home naloxone and the prevention of deaths from opiate overdose: two pilot schemes. *BMJ*. 2001;322:895–896
19. Rosenberg H, Melville J, McLean PC. Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services. - *Addiction*. 2002
20. Dietze P, Jolley D, Fry CL, Bammer G, Moore D. When is a little knowledge dangerous? Circumstances of recent heroin overdose and links to knowledge of overdose risk factors. - *Drug Alcohol Depend*
21. “IHRA 21st International Conference Liverpool, 26th April 2010 - Introducing ‘take home’ Naloxone in Wales”. Retrieved 9 March 2011.
22. <http://naloxoneinfo.org/>
23. A qualitative evaluation of a peer-implemented overdose response pilot project in Gejiu, China. Bartlett N, Xin D, Zhang H, Huang B. *Int J Drug Policy*. 2011 Jul;22(4):301-5.
24. The impact of a supervised injecting facility on ambulance call-outs in Sydney, Australia. Salmon AM, van Beek I, Amin J, Kaldor J, Maher L. *Addiction*. 2010 Apr;105(4):676-83.
25. Delás J, Camí J, Díaz P, Nasarre C. QUE HACES CUANDO NO ESTÁS CONMIGO. SAPS Creu Roja Drassanes, Barcelona. 2011.

LTJ27 Cocaína. Productos, usos y terminología. Perspectiva desde la atención a personas que la consumen de forma inhalada

Nico Piñeiro
ANTROPÒLEG

Helena Molina
EDUCADORA SOCIAL

INTRODUCCIÓN

La cocaína es una sustancia ampliamente difundida y conocida por millones de personas en todo el mundo y según los últimos estudios (González-Mariño, 2019), Barcelona es la ciudad europea donde se registra el mayor consumo.

Teniendo en cuenta la gran cantidad de personas que de alguna forma tienen alguna relación con el uso de esta droga, desde los propios consumidores hasta los profesionales que la tratan desde diferentes contextos (periodistas, personal de seguridad, creadores de políticas públicas, personal sanitario, terapeutas y demás trabajadores vinculados a la atención de las personas que usan drogas) no deja de llamar la atención que siga existiendo un desconocimiento en todos estos sectores sobre los procesos de transformación, usos y terminología de esta droga.

Este artículo tiene como intención por un lado clarificar algunos conceptos con relación a los usos, los productos y los procesos de la sal de clorhidrato de cocaína, así como de su terminología, tomando como base, entre otros, el trabajo de Oriol Romaní (1998). Por otro lado también se pretende aproximar a las actuaciones que se llevan a cabo, en las intervenciones y la atención de las personas que tienen como preferente una de las vías de consumo de esta sustancia, el inhalado, muy extendido y no carente de riesgos para la salud, abordándolo desde la perspectiva de la atención directa de la personas que consumen drogas vinculada a la Reducción de Daños.

PRODUCTOS, USOS Y TERMINOLOGÍA

La primera parte de este artículo incide en las transformaciones y productos derivados en primera instancia de la hoja de coca y de la sal del clorhidrato de cocaína. De forma simplificada podemos determinar



que la sustancia cocaína se puede encontrar en cuatro estados diferentes: la hoja, la pasta, el polvo y la roca.

LA HOJA

El arbusto de la coca (*Erythroxylonhuanco coca*) es originario de América del Sur, concretamente de las regiones subtropicales de las regiones subtropicales de la cordillera de las Andes.

Su hoja tiene un uso conocido desde hace miles de años y ha tenido desde entonces un uso tanto ritual como cotidiano por sus conocidas propiedades estimulantes y como ayuda para soportar las duras condiciones de la altitud en las regiones andinas.

Se usa principalmente de forma oral, masticada para extraer su jugo o en infusiones. Este consumo nunca ha revestido ningún problema y es legal en muchos países.

La hoja tiene 14 alcaloides diferentes siendo la cocaína el principal (normalmente en una concentración del 65%) aunque su contenido puede variar en función de la procedencia de la hoja.

- **Hoja.** nunca ha revestido ningún problema y es legal en muchos países.
- **Hoja con agua y carbonato de cal.** Se añade keroseno o amoníaco. Pasta.

LA PASTA

La pasta de coca es un primer producto que se obtiene en el proceso de elaboración del clorhidrato de cocaína. Se mezcla la hoja con agua y carbonato de calcio o cal. Después se añade keroseno, amoníaco (o ácido de batería) que precipita los alcaloides. Esta mezcla se macera y se seca.

La pasta así obtenida contiene sulfato de cocaína en una concentración que varía del 30 al 90%, pero además están presentes en ella residuos de todos los productos químicos que se han utilizado en su elaboración. La pasta de coca que contiene la menor concentración de sulfato de cocaína se denomina “sulfato” y se suele consumir mezclada en cigarrillos de tabaco o marihuana o directamente en pipa. La que contiene una concentración mayor, “pasta base”, se suele fumar en pipa con menor cantidad de tabaco o marihuana. Estos dos productos se comercializan principalmente cerca de los lugares de producción, no siendo habitual que se exporte internacionalmente para uso directo.

En el estado de pasta base se consiguen altas concentraciones de cocaína disponibles para fumar. Eso hace que los efectos eufóricos y estimulantes lleguen de golpe al cerebro por medio de los vapores y el humo.

Estas presentaciones son conocidas como basuko, basuka o base en muchas zonas de Latinoamérica.

- **Pasta base sucia** (Basuco: base sucia de coca) (hoja tratada con agua y carbonato de cal más keroseno o amoníaco)
 - **Menor concentración:** sulfato. Se consume en cigarrillo de tabaco o marihuana o pipa. Es lo que en Argentina se denomina “paco”.
 - **Mayor concentración:** pasta base. Se suele fumar en pipa.

El sulfato y la pasta base son las dos principales formas de comercialización de productos derivados de la hoja de coca y tienen un menor precio al ser más

sencillo y costoso su proceso de elaboración. El sulfato, muy poco purificado y habitualmente mezclado con otras sustancias para estirarlo, es lo que en países como Argentina se denomina ‘paco’.

- **Base lavada:** añadir ácido clorhídrico a la pasta de coca
 - Base lavada
 - Base chicleada

Otros productos de esta etapa de transformación desde la hoja a la pasta para conseguir el clorhidrato, son la “base lavada” que se obtiene añadiendo ácido clorhídrico a la pasta de coca con lo cual se precipita la sustancia y las impurezas se quedan en la superficie. La “base lavada” contiene el más alto porcentaje de sulfato de cocaína (cerca al 90 %). Se fuma preferentemente en pipa. La otra forma de pasta, conocida como “chicleada” por su consistencia similar a los chicles, se obtiene del aceite que queda al quemar el “sulfato” o la “pasta base” y es de menor calidad.

La base lavada o chicleada tiene menos salida comercial, ya que acostumbran a ser elaboradas y consumidas por las personas que tienen acceso a los procesos de transformación de la pasta.

La pasta base de coca (PBC) se diluye en ácido sulfúrico diluido y se añade permanganato de potasio. Se filtra con amoníaco precipitando cocaína base y otros alcaloides. Se lava con agua y se seca obteniendo cocaína base cruda o ‘base lavada’.

- **El polvo:** clorhidrato o sal de cocaína

La base cruda o base lavada se disuelve en éter etílico. El éter se filtra. se le añade ácido clorhídrico concentrado y acetona. El precipitado de esta operación es clorhidrato o sal de cocaína. Se filtra y se seca.

Esta presentación en forma de polvo no es fumable, o mejor dicho es poco aprovechable de forma combustionada. Por este motivo se consume o bien a través de las mucosas esnifándola o bien inyectándola de forma endovenosa.

A nivel comercial esta es la forma que más se exporta a nivel internacional y es el formato más usado a todos los niveles. Es el producto refinado cuya concentración y pureza depende de las hojas de las que se parte y del proceso de transformación más o menos limpio y sofisticado.

Obviamente en este ejercicio no se valora que la cocaína que consumen las personas a nivel de calle, y que son atendidas en los servicios específicos, esté ‘estirada’

o cortada con otras sustancias. Solo indicar algunos de estos ‘cortes’ como pueden ser la lidocaína que sirve para simular el efecto anestésico que produce el clorhidrato en las mucosas, la acetona, que serviría para darle el brillo característica a la sustancia en sus formatos mejor refinados y otras sustancias más o menos inocuas para multiplicar su volumen.

LA ROCA

Existen dos formas de transformar el polvo (sal o clorhidrato de cocaína) para hacer un producto fumable y por lo tanto de efectos más intensos e inmediatos. Esto se da básicamente en los lugares alejados de los centros de producción de cocaína donde es más difícil el acceso a la pasta base (que es fumable de por sí).

- **Manipulación con éter: crack**

La primera de estas formas es la free base o base libre de cocaína que sería la conversión del clorhidrato en base libre de cocaína con éter que libera de impurezas y cristaliza la sustancia. Trabajar con éter es arriesgado y costoso por la propia naturaleza del éter. Esta forma es más común en los Estados Unidos y suele recibir el nombre de Crack, ya que al estar cristalizado y calentarse para su combustión en una pipa, esta transformación hace un crujido característico, ese crack del que recibe su nombre.

- **Manipulación con amoníaco o bicarbonato**

La segunda forma, la que se da de forma común en nuestro entorno sería la transformación del clorhidrato a la base de cocaína con impurezas resultado del proceso de tratar ese clorhidrato con amoníaco o bicarbonato mezclado con agua y calentado. Es lo que comúnmente es llamado base o basuco o crack a nivel de calle en España. No es en ningún caso cocaína purificada ni base libre de coca. Que se use la palabra crack es por la asociación al producto usado en Estados Unidos, pero no es en realidad la misma cosa. En el Perú, por ejemplo, el crack o el basuco (clorhidrato trabajado con éter, amoníaco o bicarbonato) recibe el nombre de base retrocedida, haciendo referencia al proceso que sufre el clorhidrato al mezclarse con esos productos.

Evidentemente cualquiera de los procesos se puede hacer en cualquier lugar donde se tenga acceso a los

productos necesarios (amoníaco, bicarbonato y éter) y a los instrumentos de laboratorio correspondientes para trabajar de forma correcta con estas sustancias. En este ejercicio simplemente se señalan las formas más comunes en las que podemos encontrar estas presentaciones de productos en base a la cocaína y con ello se pretende, como se señalaba en los primeros párrafos, clarificar usos, productos y terminología relacionada con la cocaína.

ATENCIÓN A LAS PERSONAS QUE USAN COCAÍNA DE FORMA INHALADA

En la segunda parte de este artículo se pretende explorar brevemente cuales son las iniciativas que se llevan a cabo respecto a la intervención, desde el ámbito de la atención a las personas que usan drogas, con usuarios de cocaína (y otras sustancias) de forma inhalada, y de alguna forma reivindicar la necesidad de seguir incidiendo en este tipo de intervenciones de forma efectiva y actualizada, con la meta de evitar las complicaciones sanitarias que derivan del uso a menudo poco informado de los riesgos del consumo fumado de estas sustancias.

Desde los recursos destinados a la atención e intervención con personas que usan drogas se llevan a cabo iniciativas que pretenden reducir los riesgos de los diferentes tipos de consumo de sustancia. Desde el inicio el foco de estas atenciones e intervenciones estuvo puesto en los consumos inyectados de cocaína y heroína tanto por separado como de forma mezclada (speedball), principalmente al ser la vía inyectada una fuente más propensa a generar contagios y problemas derivados de su uso poco y a menudo mal informado y de las condiciones en las que se dan estos consumos.

El consumo fumado tanto de cocaína, como de heroína, siempre transcurrió, y transcurre, paralelo al consumo inyectado. Aunque no es infrecuente reportar cambios en la vía de consumo del inhalado al inyectado, y viceversa, en los usuarios de estas sustancias, sigue siendo habitual que las personas que las usan tengan sus vías de consumo preferente.

Por lo tanto, se trata de prestar la misma atención a ambos tipos de consumo y a los riesgos asociados a cada uno.

Por otro lado conviene remarcar que no solamente la cocaína se inhala. También puede fumarse la heroína y la metanfetamina. Estas líneas pretenden centrarse principalmente en el consumo inhalado que se suele presentar en la cocaína y en la parafernalia asociada a



su consumo por esta vía, como son las pipas de cristal o las artesanales fabricadas con botellas o latas. También se reportan casos de cocaína fumada en papel de aluminio, pero suele ser minoritario.

Tiene sentido señalar que el consumo de heroína inhalada tiene menos riesgos asociados, a nivel de contagio de enfermedades, ya que la heroína se fuma sin tanta parafernalia por la propia naturaleza de la sustancia. Basta con decir que existen y se provee a estos consumidores, de papel de aluminio tratado de forma que no contenga plomo, que sería uno de los principales componentes perjudiciales que se inhala en el quemado de dicho papel a la hora de calentar la heroína para su fumado.

La metanfetamina se fumaría también en pipas de cristal o, en menor medida, en pipas artesanales o incluso usando papel de aluminio al estilo de la heroína, usando en caso de la metanfetamina un tubo más largo para evitar quemaduras.

Muchas de las cuestiones que se desarrollarán sobre el consumo de cocaína inhalada serían aplicables al consumo de metanfetamina (en el sentido del uso de parafernalia, que no de las implicaciones sanitarias y de riesgos asociados) aunque en ese caso convendría hacer un monográfico sobre dicha sustancia y sus usos.

En tanto a la cocaína, principal producto de consumo inhalado en el ámbito de la reducción de daños, existen dos formas de adquisición de la sustancia para ser consumida por esta vía, por una lado el polvo o sal de clorhidrato de cocaína y por otro directamente la roca o base (basuco o crack). Como se ha señalado en la primera parte de este artículo la manera de que la cocaína pueda ser fumada es transformándola en estas rocas

mediante la preparación con amoníaco o bicarbonato. Mejor bicarbonato

Una de las maneras de reducir el riesgo en el fumado de cocaína es incidiendo en el hecho de que es mejor, a nivel sanitario, preparar la sal de cocaína, el clorhidrato, con bicarbonato y no con amoníaco ya que este último producto es irritante y más tóxico y por lo tanto menos seguro. Por lo tanto contar con la información precisa para preparar la cocaína para su fumado con bicarbonato es una buena manera de establecer, desde la confianza con las personas que usan estas sustancias, una vía de comunicación donde en primera instancia la información objetiva pueda dar pie a hablar de otros temas concernientes a su consumo o a otros temas relacionados que puedan ser relevantes para estas personas.

Como en otros procesos relacionados con el consumo de drogas y debido a la marginalidad que provoca la prohibición de estas sustancias se dan mitos asociados a ciertas prácticas, el uso de amoníaco es uno de ellos, y conviene ofrecer información para evitar riesgos y daños. Enseñar y extender el preparado con bicarbonato se encamina en esa dirección.

El proceso de transformación de la cocaína en base con bicarbonato es relativamente sencillo, aunque aun lo es más con amoníaco ya que este último provoca de manera más eficiente la transformación y, según dicen no se corre el riesgo de perder la cocaína de perder parte de la sustancia (la cocaína) en el proceso.

La cantidad mínima para poder elaborar base de cocaína a partir del polvo es de aproximadamente 0,4 grs. El primer paso es depositar la cocaína en polvo que se quiera procesar (o cocinar según el argot más común) en un recipiente, una cuchara o una cazoleta de disolución como las que se usan para la inyección,

y añadir agua estéril, después se añade bicarbonato en una relación de un 10% en relación a la cantidad de cocaína. Si se añade más bicarbonato de la cuenta la reacción evaporará parte de la cocaína (por eso algunos consumidores prefieren el amoníaco, ya que con este no hay riesgo de pérdida de la sustancia en caso de error en el preparado). Se procede a calentar la mezcla observando la reacción hasta que llegue a ebullición, la cocaína se disolverá y se formará una gota en el centro del recipiente y espuma a los lados. La gota, más sólida se extrae con una moneda de cobre o algún elemento de metal rígido y se deja enfriar en papel secante hasta que acabe de solidificarse. El resultado será una piedra de base de cocaína, también llamado crack o basuko y se podrá fumar.

La ventaja de fumar este preparado frente al esnifado del polvo es que el inhalado llega en pocos segundos al cerebro produciendo un efecto corto pero más potente. El descenso también es más rápido y por lo tanto se genera una compulsión en el consumo. Otra historia sería el consumo de cocaína inyectada, de efectos aún más potentes que el inhalado.

Los riesgos asociados al consumo de cocaína inhalada son:

- Problemas cardiovasculares y riesgo de parada cardíaca.
- Crisis paranoicas. Uno de los síntomas asociados es el Síndrome de Ekbon que se define como un trastorno mental (normalmente transitorio) en que el paciente tiene la convicción delirante mo-

notemática de estar infectado por parásitos que se manifiesta sobre todo en la piel.

- Problemas pulmonares (bronquitis, insuficiencia pulmonar) a largo plazo el síndrome conocido como cracklung o pulmón de crack.
- Accidentes cerebrovasculares.
- Deshidratación y daños en las mucosas de los labios.
- Afectación del sistema inmune, agravada por la falta de sueño y mala alimentación.
- Factor de riesgo en la transmisión de VIH y VHC relacionado con compartir material de fumado.

Conviene resaltar una falsa creencia en relación al consumo de cocaína inhalada. En los contextos donde se da este tipo de consumo, se reporta el mito de 'La madre'. Esta es una práctica consistente en el raspado de las pipas (sean las que sean) y recoger la llamada "madre", que sería una materia negra adherida en el fondo de las pipas basado de restos de cocaína y ceniza (utilizada para la combustión de la misma), y refieren que ésta, es la parte más potente, ya que adquiere la mejor parte de la cocaína.

En base a este dato, desde los servicios de atención a las personas que usan drogas se debe facilitar la información necesaria para que las personas puedan ver que ésta práctica es dañina para la salud y que tan solo puede provocar consecuencias negativas hacia su organismo, ya que, ejemplificando de forma fácil y entendible, sería cómo consumir los restos de carne quemada que quedaría en una barbacoa.



En cuanto al material para el consumo de cocaína fumada lo ideal sería que cada consumidor dispusiera de una pipa de cristal que no compartiera con nadie. Desde los servicios de atención a las personas que usan drogas se intenta proveer a precios de coste de este tipo de parafernalia. Aun y así es muy común que muchos de los usuarios usen pipas hechas de forma artesanal con botellas o incluso latas de refresco y que sean compartidas, en ese caso conviene que en los servicios de atención a las personas que usan drogas puedan proveer de tubos de plástico rígidos que se usen como boquilla para el inhalado y se usen de modo personal.

Otra vía de actuación sería poder intervenir en los pisos donde se vende y se consume cocaína en base/crack (las llamadas crack house) y tratar de que allá mismo se provea de material para que cada consumidor tenga siempre a su disposición los elementos necesarios para el fumado sin tener que compartir.

Los riesgos asociados a la parafernalia no higiénica son:

- Cortes en las manos y labios por el uso de material. (En el caso del uso de botellas o latas)
- Inhalación de plásticos, bacterias y amoníaco (en el caso del preparado con esa sustancia)
- Quemaduras y cortes en los dedos y labios.
- Transmisión de enfermedades por compartir el material, especialmente la boquilla.

Por lo tanto el material a introducir como elementos sanitarios en los servicios de atención a las personas que usan drogas destinados a los fumadores de cocaína serán el bicarbonato, las pipas de cristal, los tubos de plástico y el agua esterilizada.

Este material debería dispensarse en talleres donde se hablará de cocinado, de consumo más seguro o de prácticas de riesgo relacionadas con el mismo a la vez que se pudiera construir pipas de forma artesanal a falta de pipas de cristal.

Todo ello supondría la oportunidad de ofrecer un espacio de escucha donde se pudiera recoger las necesidades y demandas de estas personas, donde se diera la oportunidad de hablar de sus prácticas de consumo para potenciar elementos de autocuidado. Incidir en la forma de consumir y entablar una comunicación a partir de este hecho puede contribuir a desarrollar prácticas más saludables derivadas de una autoconsciencia de la propia salud que en el mejor de los casos pueda ser trasladada a otros ámbitos

BIBLIOGRAFÍA

- A. Díaz, Hoja, pasta, polvo y roca. El consumo de los derivados de la coca.(1998) Ed. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.
- I. González-Mariño Spatio-temporal assessment of illicit drug use at large scale: evidence from 7 years of international wastewater monitoring (2019). *Addiction* DOI: 10.1111/ad.14767
- Becona, E. (2014). "Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos". *C.Med.Psicosom*, nº110, 58-61.
- Berger, P. & Luckmann, T. (2011). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu. Original 1967.
- Borràs, Tre&Trujols, J. (2013). "La reducció de riscos en el àmbit assistencial". En David Pere Martínez Oró & Joan Pallarès (eds.), *De riscos y placeres. Manual para entender las drogas*. (219-238). LLeida: Milenio.
- Díaz, A., Barruti, M. & Doncel, C. (1992). *Les línies de l'èxit? Naturalesa i extensió del consum de cocaína a Barcelona*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona. *Drogodependencias*. Barcelona: FAD y Pla d'Acció sobre drogues de Barcelona.
- Erickson, P.G; Watson, V; & Weber, T. (1995). "Percepciones de los usuarios de cocaína sobre su estado de salud y los riesgos del consumo de drogas", en *La reducción de los daños relacionados con las drogas*. Barcelona: GrupIgia.
- Grup Igia.y Cols. (2000). *Contextos, Sujetos y Drogas. Un manual sobre drogodependencias*. Barcelona: Ajuntament de Barcelona: Institut Municipal de Salut Pública y FAD.
- Llort, A. & Martínez-Oró, D. P. (2015). "Contextos sociales y consumo de los derivados de la coca: el ocaso del prohibicionismo". *VVAA Road maps to regulation Report*, Information hended. Oxford: Beckley Foundation. En prensa.
- Reinarman, C. & Levine, H.G. (2004). "Crack in the rear-view mirror: Deconstructing drug war Mythology". *Social Justice*, 311, (2), 182-199.

LTJ28 Reacciones agudas al consumo de cocaína inyectada

Lorena Andreo
SAPS. CREU ROJA BARCELONA

RESUMEN

Introducción. Estudio realizado con el objetivo de determinar de forma sistematizada los efectos inmediatos tras el consumo de cocaína inyectada, con fines asistenciales y docentes.

Método. Estudio multicéntrico de salas de consumo españolas. El estudio se realizó durante 15 días sucesivos de trabajo a partir de un inicial estudio piloto realizado en el SAPS en al año 2008, el DSM-IV y aportaciones de los profesionales participantes.

Resultados. El 83,5% de los consumidores fueron hombres y la media de edad registrada ha sido de 37,31 años (DE 8,1), con edades extremas de 14 y 59 años. El 47,3% de los consumidores acudió a la sala de venopunción en una 1 sola ocasión y el 68,7% entre 1 y 2. La media del número de consumos por cada persona ha sido de 2,97 (DE 3,6) con un rango de 1 a 27.

En nuestro estudio los efectos más frecuentes son de tipo vegetativo, taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, taquicardia, sialorrea. En general son reacciones no peligrosas, que implican saber de su existencia. Uno de los efectos llamativos que conviene conocer es la búsqueda de objetos inexistentes o limpieza compulsiva.

Mientras que los efectos de heroína son concretos y bien conocidos, centrados en depresión del centro respiratorio y miosis, los efectos de cocaína nos parecen más variados y probablemente menos discutidos.

Hemos realizado un estudio en 6 centros de atención a usuarios de drogas que cuentan todos ellos con sala de venopunción, con el

objetivo de determinar de forma objetiva y sistematizada los efectos inmediatos después del consumo de cocaína inyectada, con fines asistenciales y también docentes.

Ha sido un estudio multicéntrico observacional, prospectivo, de las reacciones al consumo inmediato de cocaína inyectada en 3 salas de consumo de Barcelona CAS Baluard, SAPS, Unidad Móvil Zona Franca, Arrels RD de Lleida, CARD las Barranquillas de Madrid

y Médicos del Mundo de Bilbao. Las dos restantes salas españolas por distintos motivos no han podido participar.

El estudio se realizó durante 15 días sucesivos de trabajo (descontando fines de semana y festivos en los centros que trabajan de lunes a viernes) entre 6 de junio de 2011 y 27 de julio de 2011; utilizando un listado de signos y síntomas a partir de un inicial estudio piloto realizado en el SAPS en al año2008, el DSM-IV y aportaciones de los profesionales participantes. (Tabla 1)

Tabla 1. Efectos postconsumo detectados. Estudio piloto, 2008

EFFECTOS	%
Verborrea	49,4
Diaforesis	35,1
Midriasis	29,8
Sialorrea	14,9
Búsqueda de objetos	14,9
Alucinaciones visuales	13,7
Agitación motora	9,5
Movimientos reiterativos	9,5
Alucinaciones auditiva	8,9
Taquicardia	8,3
Desorden ideas	7,1
Parálisis fugaz	5,4
Sensación de ser perseguido	3,6
Hurgarse en las heridas	3,0
Taquipnea	1,8
Orden y limpieza compulsiva	1,8
Delirio	1,2

Realizamos la observación en la sala de consumo de usuarios que manifestaron ir a consumir únicamente cocaína por vía inyectada, sin limitación de edad, ni

excluir a nadie en función del consumo previo de otras sustancias.

Se registraron diferentes consumos de un mismo consumidor.

Se preguntó a los usuarios si habían tenido un episodio de angina de pecho o infarto de miocardio previo.

En todos los centros, los usuarios que entraron en el estudio, firmaron un consentimiento informado, en el que aceptaban la utilización de datos clínicos y epidemiológicos con finalidad únicamente de estudio científico.

En el estudio participaron un total de 182 usuarios diferentes y 4 usuarios que entraron en la sala a inyectarse cocaína no aceptaron participar. El 83,5% de los consumidores fueron hombres y la media de edad registrada ha sido de 37,31 años (DE 8,1), con edades extremas de 14 y 59 años. El 47,3% de los consumidores acudió a la sala de venopunción en una 1 sola ocasión y el 68,7% entre 1 y 2. La media del número de consumos por cada persona ha sido de 2,97 (DE 3,6) con un rango de 1 a 27. (Tabla 1). Entre los 182 usuarios realizaron un total de 540 consumos y ocasionando 1886 efectos secundarios. En 2 consumos hubo 10 efectos (número máximo). La media de efectos por consumo fue de 3,49 (DE 1,7). En el 78,5% de los consumos el número de efectos va de 2 a 5. En uno de los centros (Bilbao), con 101 consumos fue posible también tomar la tensión arterial post consumo. Se hallaron cifras tensionales superiores a 140/90 en 53 determinaciones (52,5%)

En 4 salas (Bilbao y Barcelona) el número de consumos fue superior a la media de 90,6, entre 93 y 171. 5 personas (2,7%) manifestaron antecedentes de angina de pecho o infarto de miocardio.

La información que dan los usuarios en relación a lo que van a consumir es un dato de enorme inexactitud, porque hay numerosos contaminantes y la misma pureza varía enormemente.

En curso subestudios por ciudades e incluso salas para evaluar hay diferentes efectos según áreas geográficas que pudieran responder a la variabilidad cualitativa y cuantitativa de la coca a consumir.

En dos consumos ha habido 10 efectos colaterales, lo que incide en la percepción de que el consumo de la cocaína produce numerosos efectos, si bien en algo más del 75% de las veces el número de efectos va de 2 a 5.

En nuestro estudio los efectos más frecuentes son de tipo vegetativo, taquicardia, dilatación pupilar, sudoración, taquicardia, sialorrea. En general son reacciones no peligrosas, que implican saber de su

existencia. Uno de los efectos llamativos que conviene conocer es la búsqueda de objetos inexistentes o limpieza compulsiva. Reacciones inquietantes como convulsiones o movimientos repetitivos voluntarios se dan en un 4%.

Tenemos datos de que hay consumos en menores de edad. Puede introducir a un debate moral sobre la actitud ante estos jóvenes consumidores. Pero en general creemos que hay la total certeza que a pesar de las recomendaciones del personal a cargo de las salas, los menores van acabar consumiendo, Conveniencia de documentos profesionales, rigurosos y científicos frente a opiniones no fundamentadas que pueden llevar a situaciones catastróficas como en los años 90 cuando España alcanzó tristemente la cabeza de las infecciones por VIH en el sur de Europa.

Resulta llamativo que en las veces en que ha sido posible determinar la tensión arterial después del consumo de cocaína, se ha registrado en un 52,5% cifras superiores a 140/90. Como no tenemos datos previos al consumo, ha de quedar en una observación interesante que podría llevar a un estudio dirigido a comprobar este aspecto de determinación de la tensión arterial pre o post consumo.

Quizás sea de interés más práctico tener datos habituales de la tensión arterial en consumidores de coca. Podría contribuir a detectar una hipertensión establecida, más allá del momento posterior inmediato al consumo.

Se ha descrito con frecuencia síndrome coronario agudo (cardiopatía isquémica) en consumidores de cocaína. Nosotros no tenemos similar percepción. Por este motivo hemos introducido la pregunta de si habían presentado afecciones de isquemia miocárdica a los participantes en este estudio. Hemos encontrado antecedentes en el 2,3%, dato que asimismo será objeto de un estudio más concreto de los historiales de estos pacientes.

Nuestra impresión es que el consumo de coca es un factor de riesgo cardiovascular, pero que en población marginal como la que habitualmente atendemos no aparecen factores como sobrepeso, sedentarismo, estrés laboral, diabetes y que el riesgo fundamental sería en cuanto a la asociación con tabaco. Queda pendiente, sin embargo, analizar la prevalencia de hipertensión en nuestra población, dentro de un contexto más amplio de estudio de factores de riesgo cardiovascular.

Es interesante la posibilidad que se abre de realizar estudios multicéntricos que vienen a manifestar la posibilidad de las salas no sólo en la prevención de

muertes, transmisión de infecciones, consumo más higiénico, sino también en estudios sobre los efectos de las drogas sobre los consumidores directamente observados.

Estudios como éste ratifican el papel de las salas de consumo como indudables dispositivos sanitarios, con funciones de asistencia, docencia y de investigación (estudios multicéntrico.

Tabla 2. Efectos estudio multicentrico en las 6 salas, comparado con DSM-IV y estudio SAPS 2008

Efectos	N	%	DSM-IV	2008 %
Midriasis o dilatación pupilar	399	73,9	x	
Hipertensión arterial sistólica superior a 160 mmHg	53*	52,5	x	
Diaforesis o sudoración	196	36,3	x	
Taquicardia o frecuencia superior a 80 latidos por minuto	153	28,3	x	8,3
Enlentecimiento psíquico o físico	146	27	x	
Verborrea o habla desbordante	141	26,1		49,4
Búsqueda de objetos presumiblemente inexistentes	114	21,1		14,9
Discinesias o movimientos repetidos de la cara	93	17,2	x	
Sialorrea o aumento de saliva	89	16,5		
Alucinaciones visuales	79	14,6		13,7
Sensación de ser perseguido que antes del consumo no	64	11,9		3,6
Delirio o formulación de ideas irreales	63	11,7		7,1
Orden y limpieza compulsiva que antes del consumo no	48	8,9		1,8
Agitación psíquica o física	42	7,8	x	9,5
Náuseas o vómitos	38	7	x	
Crisis comiciales o movimientos repetitivos involuntarios	25	4	x	9,5
Escalofríos o tiritonas	19	3,5		
Hurgarse en las heridas	20	3		3,0
Alucinaciones táctiles	12	2,2		
Parálisis repentina	12	2,2		5,4
Hipotensión arterial sistólica inferior a 100mmHg	10	1,1	x	
Pulso no rítmico por palpación o auscultación	6	1,1	x	
Alucinaciones auditivas	6	1,1		8,9
Cefalea o dolor de cabeza	5	0,9		
Bradicardia o frecuencia cardiaca inferior a 60 latidos por	5	0,9	x	
Dolor en tórax anterior	2	0,4	x	
Debilidad muscular manifestada por imposibilidad de mantenerse en pie	2	0,4	x	
Taquipnea o frecuencia respiratoria superior a 15	44	0,1		1,8
Bradipnea inferior a 10 respiraciones por minuto	0	0	x	
Coma o disminución del nivel de conciencia	0	0	x	
	1886			

número de persones que accedien a l'EIA no era representatiu del total de consumidors, per tant, es trobaven davant d'un grup poblacional no atès des del servei.



Sala de consumo inhalado.

Durant els següents anys el servei va implementar diverses estratègies de captació d'aquesta població i de promoció de la transició de la via injectada a la via inhalada. La metodologia va ser participativa, garantint la presència de dones i diversitat cultural. Del 2013 al 2015 es van realitzar 7 grups focals i es van administrar 350 qüestionaris individuals amb l'objectiu de conèixer les característiques i necessitats específiques de la població diana. Simultàniament es va dissenyar, implementar i avaluar la parafernàlia específica per l'ús de la via inhalada d'heroïna i base de cocaïna, es va formar a tot l'equip professional en ús de la via inhalada i es va implementar un equip multidisciplinar específic per aquest grup de persones usuàries.

Al 2017 es va equiparar la cobertura horària de les dues sales de consum. L'any 2018 els consums via inhalada representaven el 39,8% (14.958 consums) del total consums registrats de CAS Baluard. En l'actualitat aquesta tendència segueix en augment, al 2021 el 43,9% (25.533 consums) del total de consums registrats al servei van ser inhalats i 1 de cada 2 persones que accedia per primera vegada a l'àrea REDAN reportava ús de la via inhalada com a principal via d'administració.

L'equip professional observa que els consums via inhalada són de major durada que els injectats. Aquesta diferència influeix en el número de consums supervisats que es poden atendre a les sales de consum, limitant per tant l'estimació real la prevalença de l'ús de cadascuna de les vies d'administració.

DISMINUCIÓ DE L'ÚS D'HEROÏNA

La evidència de canvis al patró de consum s'ha vist representada també en les substàncies utilitzades per les persones que accedeixen al servei. L'any 2009 la principal substància utilitzada als espais supervisats era l'heroïna, via injectada (42,3%) i via inhalada (81%); seguit de la cocaïna, via injectada (37,4%) i via inhalada (19%). L'speed-ball (heroïna i cocaïna en una mateixa dosis) era una mescla utilitzada en el 20,2% dels consums.

A partir de l'any 2016 es detecta una disminució de l'ús d'heroïna via injectada (41% del total de consums injectats) paral·lelament a un augment del consum de cocaïna (46% del total de consums injectats), que va situar aquesta com principal substància d'ús del CAS Baluard. En canvi, en els consums via inhalada la distribució es va mantenir fins al 2017 on es detecta un augment de l'ús de la base de cocaïna (32% del total de consums inhalats).

En l'actualitat la substància més utilitzada a CAS Baluard és la cocaïna, representa el 49,3% dels consums registrats via injectada i el 40,4% dels consums inhalats. En el cas de la via parenteral la heroïna és la substància menys utilitzada (23,9%) i l'speed-ball segueix tenint una elevada presència (26,2%). En relació a la via inhalada malgrat la heroïna segueix sent la substància més utilitzada (47,3%) s'observa que s'ha equiparat la distribució respecte la cocaïna (40,4%).

Els professionals de les sales de consum reporten actualment un ús habitual de l'heroïna orientat a reduir els aspectes no desitjats de substàncies estimulants.

METAMFETAMINA, ES CONSOLIDA UNA NOVA SUBSTÀNCIA

El seu nom científic es desoxiefedrina i també se la coneix com a tina, meta, meth, cristalmeth, shabú, etc. La metamfetamina es una substància estimulante del grup de les amfetamines i de la família de les fenetilamines. Al nostre mercat il·legal es presenta com a pols blanca, cristal·lí, sense olor i amb un sabor amarg. Els principals efectes desitjats són sensació d'energia/eufòria i increment tant del nivell d'alerta com del desig sexual. L'ús continuat pot desencadenar episodi psicòtic de duració major que els observats en cocaïna.

CAS Baluard va registrar els primers consums inhalats de metamfetamina l'any 2014, representant només l'1% del total de consums inhalats. Durant els següents anys es va evidenciar un augment paulatiu de l'ús de la substància. Al 2018 es van registrar 4.718 consums

de la substància propiciant l'inici de dispensació de parafernàlia específica per l'ús de metamfetamina via inhalada. Al 2019 es registren els primers consums via injectada. L'any 2021 el 12,3% (14.958 consums) del total de consums inhalats de, el 1% injectats registrats van ser de d'aquesta substància.

De les més de 2300 persones que van accedir a l'àrea de REDAN de CAS Baluard durant el 2021, només 53 van reportar com a substància principal de consum la metamfetamina. En canvi 246 persones diferents (17,8% dones) van realitzar algun consum de la substància als espais supervisats. L'edat mitjana de les dones usuàries de la substància és de 35 anys i dels homes de 40. La majoria són persones d'origen espanyol (65% dones, 42,07% homes) o de països de la Unió Europea (14% dones, 16% homes).

Algunes persones usuàries de metamfetamina, principalment homes, reporten pràctiques de chemsex associades al consum. Tot i mantenir similituds amb les característiques descrites habituals (contacte a través d'apps, sessions de llarga durada, policonsum) indiquen que aquestes es realitzen a l'espai públic; context d'especial preocupació pels riscos associats que implica.

CONCLUSIONS

Des de l'obertura del servei s'evidencia un canvi en el patró d'ús de substàncies de les persones que accedeixen a CAS Baluard en relació a la via d'administració i a la tipologia de substàncies.

Malgrat la via injectada continua sent la principal via d'administració utilitzada, actualment els consums registrats respecte a la via inhalada presenten una distribució equitativa. El creixement de la via inhalada re-

quereix d'un augment del número de places de l'espai inhalat de CAS Baluard que permeti reduir el temps d'espera de les persones usuàries, així com, es requereix d'una ampliació de serveis REDAN a la ciutat de Barcelona que disposin de sala de consum inhalat que permeti augmentar la cobertura territorial per aquestes persones. Segueix sent un repte pendent de ciutat oferir sales de consum amb cobertura horària completa. Aquesta mancança obliga a utilitzar espais no segurs, provocant un augment d'exposició a danys directes i indirectes a aquestes persones.

Des dels últims anys es detecta un augment de l'ús de cocaïna respecte a l'heroïna tan via injectada com via inhalada. Els programes de reducció de danys originalment es centraven en els danys associats als opiacis. Aquest canvi detectat en la tipologia de substàncies utilitzades requereix la implementació de nous programes que donin respostes adaptades a aquesta realitat, així com, l'adaptació dels serveis REDAN existents a les noves necessitats de les persones.

Des del 2014 s'observa un creixement exponencial de l'ús de metamfetamina via inhalada. A més a més la presència d'episodis psicòtics de llarga durada atesos des de CAS Baluard, així com, la detecció de l'inici d'ús de la via injectada han de ser motius d'alerta i preocupació pels professionals de la xarxa d'atenció les drogodependències i de la xarxa de salut de la ciutat. Les pràctiques reportades per les persones usuàries han d'implicar el disseny de nous abordatges que incorporin l'exposició a nous danys.

És molt important que CAS Baluard implementi accions amb perspectiva de gènere integral que milloren l'adherència de les dones a les sales de consum. Cal prioritzar respostes específiques orientades a reduir la greu situació de risc en que es troben.

LTJ30 Reacciones agudas al consumo de sustancias no prescritas, diferentes a heroína y cocaína. Metanfetamina y otras

Sofia Moreira Lino, Nacho Rosselló García
FACULTAT DE MEDICINA. UNIVERSITAT DE BARCELONA

Margarita Aguas
HOSPITAL UNIVERSITARI SAGRAT COR

METANFETAMINA

El consumo de metanfetamina (N, α -dimetilbenzenoetanamina), también conocida como desoxiefedrina, es un fenómeno creciente a escala mundial.

Los estimulantes de tipo anfetamínico, categoría en la que se incluye la metanfetamina, son las drogas ilícitas más utilizadas en el mundo después del cannabis, con 51 millones de usuarios globales de 15 a 64 años (1). En España, un 0,9% de la población entre 15 y 64 años reconoce en encuestas de 2019-2020 el uso de metanfetamina alguna vez en su vida, frente al 0,6% registrado en 2015 (2, 3).

Se presenta generalmente como un polvo blanquecino, cristalino, inodoro y de sabor amargo, aunque también se puede encontrar en forma de pastillas, cápsulas o cristales grandes. Su consumo oral, esnifado, fumado o inyectado (4).

La metanfetamina pertenece a la familia de las fenetilaminas, la cual agrupa diversas sustancias que actúan como agonistas selectivos de los receptores 5-HT_{2A/2C} (4, 5) y desde hace décadas se correlacionan con efectos psicodélicos o alucinógenos. (6, 7). Se diferencia de la anfetamina por la adición de un grupo N-metilo que le confiere una mayor rapidez en atravesar la barrera hematoencefálica después de ser consumida (5-8).

A nivel del sistema nervioso estimula la liberación de neurotransmisores monoamina como la dopamina, la serotonina y la norepinefrina en el sistema nervioso central causando también efectos simpaticomiméticos en el sistema nervioso periférico.

Su uso crónico produce toxicidad en las neuronas y muerte.

ORIGEN DE LA METANFETAMINA

Su aparición se remonta a principios del siglo XX, donde la búsqueda de sustitutos sintéticos para la efedra, un extracto vegetal utilizado en la medicina tradicional

china con diversas aplicaciones, dio como resultado el desarrollo de los estimulantes de tipo anfetamínico.

Fue sintetizada por primera vez en Japón en 1919 a partir de la efedrina, el alcaloide activo de la efedra. En la década de 1940 se comercializaba legal y ampliamente para el tratamiento de asma bronquial, narcolepsia, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), depresión, obesidad, migraña, alcoholismo y esquizofrenia, entre otras. Se destaca la prescripción médica y el aprovisionamiento de anfetamina y metanfetamina a las tropas militares alemanas y japonesas durante la Segunda Guerra Mundial para tratar la fatiga de los soldados e incrementar su estado de alerta.

A medida que se fue observando cómo crecía la dependencia y la tolerancia se implementaron restricciones más estrictas en su manufacturación, distribución, prescripción y venta. Mientras que paralelamente, se expandía su producción clandestina y comercialización ilegal. Desde entonces, los derivados anfetamínicos han seguido utilizándose para propósitos muy variados, que van más allá del consumo recreacional (2, 10).

SITUACIÓN ACTUAL DE LA METANFETAMINA

Entre 2011 y 2017, González-Mariño et al. llevaron a cabo un estudio internacional para el cual se monitorizó el consumo de drogas (anfetamina, metanfetamina, éxtasis y cocaína) en 37 países mediante el análisis de las aguas residuales generadas por 60 millones de personas de 120 ciudades. Entre las ciudades españolas estudiadas en 2017 (Barcelona, Castellón, Santiago de Compostela y Valencia), Barcelona fue la que mostró un mayor consumo de las cuatro sustancias. En concreto, en el barrio del Raval (distrito de Ciutat Vella) (12-14). La comunidad filipina del Raval ha manifestado públicamente en los últimos años el gran impacto del consumo de metanfetamina entre sus integrantes y las circunstancias que lo rodean (12).

Profesionales sanitarios de la zona, principalmente de Atención Primaria y servicios de Urgencias, alertan sobre el aumento de casos relacionados con dicho consumo, pues conlleva afectación multiorgánica potencialmente grave, destacando cuadros psiquiátricos, neurológicos y cardiovasculares a corto y largo plazo (15-17).

Hay diversos estudios de los efectos posconsumo de heroína y la cocaína (18). En la metanfetamina se describen xerostomía, hipertermia, midriasis, taquipnea, con aumento del estado de alerta y energía, dolor torácico y palpitaciones. Alteración del estado mental, hiperactividad, agitación, confusión y psicosis grave con paranoia que requiere contención física y/o química. Aumentos en la presión arterial, taquicardia, arritmias e incluso ictus (8,15,16).

PERSONAS Y MÉTODOS

Estudio de personas consumidoras de sustancias no prescritas, destinado a conocer efectos indeseables, a partir de 50 entrevistas realizadas desde septiembre de 2021 a mayo de 2022, en Barcelona, en una zona de amplio consumo marginal. No se registraron los datos de consumo de heroína y cocaína, por considerar sus efectos más conocidos (1) (2). Por cada consumo de sustancia se hizo un registro diferente.

El estudio fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Quirón Salud (Código Interno 2022/44-MIN-HUSC).

RESULTADOS

La edad media de los entrevistados fue de 38,1 años, con predominio de varones (80%), de nacionalidad no española (60%).

Se obtuvieron 94 registros de 50 personas diferentes. 29 (58%) declararon consumir una única sustancia. (Tabla 1).

En la tabla 2 se muestran las principales reacciones en las dos horas posteriores al consumo en función de las sustancias consumidas.

RESULTADOS ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVOS

Las alucinaciones auditivas se asociaron más al consumo de metanfetamina que a todas las demás juntas con 31% (IC 0,18-0,71) más de probabilidades

Tabla 1. Frecuencia de consumo de las sustancias registradas

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Metanfetamina	39	41,5
Cannabis	16	17,0
Éxtasis	14	14,9
Otros	8	8,5
Ketamina	7	7,4
LSD	7	7,4
Hongos	3	3,2
Total	94	100,0

($X^2 = 10$; $p=0,03$); la sensación de ser perseguido o paranoia persecutoria que no existía antes del consumo se asoció más al consumo de metanfetamina que a todas las demás juntas con 53,9% (IC 0,1-0,4) más de posibilidades ($X^2 = 25,62$; $p=0,000$); los comportamientos obsesivo-compulsivos en el orden y la limpieza tuvieron 41,7% (IC 0,16-0,54) más posibilidades de ocurrir con la metanfetamina que con el conjunto de las otras sustancias ($X^2 = 16,67$; $p=0,000$); la disminución del nivel de conciencia se presentó con 9,7% más probabilidades con el conjunto de las otras sustancias que con la metanfetamina ($X^2 = 6,65$; $p=0,04$).

COMENTARIOS A LOS RESULTADOS

Los datos que aportan servicios de urgencias hospitalarios (3) (4) (5) coinciden que la mayoría de reacciones no entrañan riesgos vitales para la salud, pero pueden desencadenar muy importante descompensación de la persona.

Datos de los servicios de urgencias (3) destacan que

La agitación continuada puede introducir a una reacción psicótica y la persistencia de taquicardia, hipertermia, cefalea, dolor torácico, convulsiones es indicación de traslado a un centro sanitario, porque pueden ser el inicio de afectaciones cardíacas, cardiovasculares o neurológicas graves.

Entre nuestros entrevistados, la agitación (86,2%) y la paranoia persecutoria (72,4%) fueron los síntomas referidos con mayor frecuencia por los consumidores de metanfetamina, seguidos de alucinaciones auditivas (69%) y visuales (55,2%), delirios bien estructurados (69%, ideas irreales a partir de hecho verdadero), verborrea (62,1%), comportamientos obsesivo-compulsi-

Tabla 2. Reacciones agudas al consumo de diferentes sustancias ilícitas registradas Freuencia seguida de porcentaje

	Metanf.	Anfet.	Cannabis	Éxtasis	LSD	Ketamina	Hongos	Tusibí
Efecto < 2h	20 (69)	8 (80)	16 (100)	14 (100)	4 (57,1)	7 (100)	3 (100)	1 (100)
Agitación psicomotora	25 (86,2)	9 (90)	2 (12,5)	11 (78,6)	5 (71,4)	5 (71,4)	1(33,3)	1(100)
Sensación de ser perseguido	21 (72,4)	2 (20)	4 (25)	3 (21,4)	2 (28,6)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Midriasis	20 (69)	9 (90)	7 (43,8)	12 (85,7)	7 (100)	5 (71,4)	1(33,3)	1(100)
Alucinaciones auditivas	20 (69)	4 (40)	2 (12,5)	4 (28,6)	6 (85,7)	5 (71,4)	1(33,3)	0 (0)
Ideas irreales a partir de hecho verdadero	20 (69)	7 (70)	6 (37,5)	10 (71,4)	4 (57,1)	6 (85,7)	0 (0)	1(100)
Verborrea	18 (62,1)	8 (80)	4 (25)	12 (85,7)	6 (85,7)	2 (28,6)	0 (0)	1(100)
Búsqueda de objetos espontánea y sin motivo	17 (58,6)	5 (50)	3 (18,8)	5 (35,7)	3 (42,9)	5 (71,4)	1(33,3)	0 (0)
Orden y limpieza compulsiva	17 (58,6)	6 (60)	1 (6,3)	1 (7,1)	2 (28,6)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Diaforesis	16 (55,2)	6 (60)	2 (12,5)	11 (78,6)	4 (57,1)	5 (71,4)	0 (0)	1 (100)
Sensación aumento de la temperatura corporal	16 (55,2)	7 (70)	2 (12,5)	10 (71,4)	5 (71,4)	6 (85,7)	1(33,3)	1(100)
Alucinaciones visuales	16 (55,2)	4 (40)	3 (18,8)	7 (50)	5 (71,4)	6 (85,7)	3 (100)	0 (0)
Palpitaciones	16 (55,2)	10 (100)	5 (31,3)	12 (85,7)	3 (42,9)	5 (71,4)	1(33,3)	1(100)
Ideas irreales sin coherencia interna	16 (55,2)	2 (20)	6 (37,5)	8 (57,1)	5 (71,4)	7 (100)	0 (0)	1(100)
Náuseas o vómitos	13 (44,8)	5 (50)	3 (18,8)	6 (42,9)	2 (28,6)	2 (28,6)	1(33,3)	1(100)
Cefalea	13 (44,8)	4 (40)	4 (25)	6 (42,9)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Desinhibición sexual	13 (44,8)	3 (30)	8 (50)	5 (35,7)	2 (28,6)	3 (42,9)	1 (33,3)	0 (0)
Pánico	13 (44,8)	2 (20)	5 (31,3)	8 (57,1)	3 (42,9)	4 (57,1)	0 (0)	1(100)
Hiperventilación	12 (41,4)	7 (70)	3 (18,8)	7 (50)	2 (28,6)	3 (42,9)	0 (0)	1(100)
Enlentecimiento psíquico/físico	11 (37,9)	1 (10)	15 (93,8)	3 (21,4)	1 (14,3)	6 (85,7)	0 (0)	0 (0)
Crisis comiciales	11 (37,9)	1 (10)	2 (12,5)	2 (14,3)	2 (28,6)	5 (71,4)	0 (0)	0 (0)
Debilidad muscular (imposibilidad de tenerse en pie)	9 (31)	2 (20)	11 (68,8)	2 (14,3)	2 (28,6)	4 (57,1)	0 (0)	0 (0)
Sialorrea	8 (27,6)	5 (50)	0 (0)	2 (14,3)	1 (14,3)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Hurgarse en las heridas	7 (24,1)	1 (10)	1 (6,3)	2 (14,3)	1 (14,3)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Discinesias	6 (20,7)	2 (20)	1 (6,3)	5 (35,7)	3 (42,9)	3 (42,9)	1(33,3)	0 (0)
Dolor torácico anterior	6 (20,7)	3 (30)	1 (6,3)	2 (14,3)	0 (0)	2 (28,6)	0 (0)	0 (0)
Escalofríos	5 (17,2)	4 (40)	4 (25)	4 (28,6)	2 (28,6)	2 (28,6)	0 (0)	1(100)
Alucinaciones táctiles	5 (17,2)	1 (10)	1 (6,3)	6 (42,9)	4 (57,1)	1 (14,3)	2(66,7)	0 (0)
Parálisis repentina	5 (17,2)	0 (0)	4 (25)	2 (14,3)	0 (0)	6 (85,7)	0 (0)	0 (0)
Espasmo laríngeo	5 (17,2)	0 (0)	0 (0)	1 (7,1)	0 (0)	1 (14,3)	0 (0)	0 (0)
Diarrea	4 (13,8)	3 (30)	0 (0)	2 (14,3)	1 (14,3)	3 (42,9)	1(33,3)	1(100)
Disminución del nivel de conciencia	3 (10,3)	0 (0)	8 (50)	1 (7,1)	0 (0)	4 (57,1)	0 (0)	0 (0)
Hipoventilación	2 (6,9)	0 (0)	6 (37,5)	0 (0)	0 (0)	3 (42,9)	0 (0)	0 (0)

vos (58,6%), y búsqueda incesante de objetos sin razón aparente (58,6%).

En general, los pacientes remitidos a centros hospitalarios suelen ser dados de alta a las pocas horas (3). Esto no ha de suponer un desencuentro entre niveles asistenciales, sino la posibilidad de que en los momentos más intensos de la sintomatología los consumidores puedan requerir estar más controlados en el hospital.

La existencia de un listado de síntomas de este tipo (Tabla 2) puede facilitar las guías de actuación entre personal de primera línea y los centros sanitarios.

Es muy importante que esta información y alertas lleguen a las personas que se plantean consumir sustancias de efectos inciertos, por vías peligrosas y con dosis que pueden ser letales. Como por ejemplo los importantes efectos indeseables que provocan colirios midriáticos incluso administrados por profesionales (6) y que algunos consumidores de forma peligrosa los usan a mayores dosis y por vía intravenosa.

Al tratarse de sustancias prescritas con otras indicaciones, no son válidas las recomendaciones de las fichas técnicas y es improbable que un profesional sanitario haga comentarios distintos a la no utilización de estas sustancias no prescritas.

Se hace, pues, necesaria la divulgación científica, asequible, no punitiva a los consumidores y su entorno en contraposición de la información que obtienen de otros consumidores, directamente o a través de foros no siempre rigurosos.

Con más frecuencia, se describe el aumento del consumo de metanfetamina, tanto a nivel local (12-15) como a nivel internacional frente a otras sustancias como el GHB (éxtasis líquido), la ketamina o incluso la cocaína (2, 4, 9).

El análisis de las variables sociodemográficas para los registros de metanfetamina arrojó resultados similares a los obtenidos en otros estudios en cuanto a la proporción de personas de origen español y extranjero (16) y predominio masculino (15, 16, 19, 20). No se contactó con personas consumidoras de origen asiáticos, a diferencia de otros estudios.

En cuanto a los efectos agudos de la metanfetamina, varios estudios (16, 22, 23) señalan las alteraciones agudas del comportamiento (agitación, episodios psicóticos inducidos por tóxicos), como el principal motivo de admisión en urgencias. Acorde a ello, la agitación (86,2%) y la paranoia persecutoria (72,4%) fueron los síntomas referidos con mayor frecuencia por los consumidores de metanfetamina, seguidos de alucinaciones auditivas (69%) y visuales (55,2%), delirios bien estructurados (69%), ideas irreales a partir de hecho

verdadero), verborrea (62,1%), comportamientos obsesivo-compulsivos (58,6%), y búsqueda incesante de objetos sin razón aparente (58,6%).

Otro motivo de admisión en urgencias frecuentemente asociado a metanfetamina son palpitaciones, descrito por el 55,2% de los entrevistados para esta sustancia; no obstante, el dolor torácico anterior fue referido por el 20,7% de ellos. También un 55,2% de los consumidores de metanfetamina indicó sensación de aumento de la temperatura corporal y sudoración profusa o diaforesis.

Todo esto en conjunto es coherente con la manifestación de un síndrome simpaticomimético (agitación psicomotora, ideas delirantes, taquicardia y posibles arritmias, hipertermia, diaforesis) y con algunas características de un síndrome serotoninérgico (agitación, alucinaciones e ideas delirantes, hipertermia, diaforesis, midriasis, alteración de conductas afectivosexuales) (25).

Un dato que nos aportaron varios usuarios sobre la alteración en el hábito miccional concuerda con los hallazgos de Isoardi KZ et al. (22) sobre pacientes que acudieron a servicios de urgencias con signos de daño renal agudo en contexto del consumo de metanfetamina, posiblemente exacerbado por la inapetencia de beber agua que también refieren con posible deshidratación. Tanto la metanfetamina como sus metabolitos han mostrado ser causantes directos de daño tubular renal (25).

Se destacan algunos efectos no interrogados, como el insomnio y aumento de productividad asociado al consumo de metanfetamina, speed y LSD, y contrariamente a esto, la mejor conciliación del sueño referido por la mitad de los encuestados sobre el cannabis; en adición a estas, la pérdida de noción spatiotemporal en los consumos de ketamina y LSD.

Los efectos descritos en referencia a la actividad sexual fueron fundamentalmente desinhibición sexual (44,8%) en la segunda parte de la encuesta y el aumento de libido más la potenciación de la intensidad durante las relaciones (34,5%) en la tercera parte. Estas podrían ligarse al fenómeno del chemsex, que consiste en el uso intencionado de drogas psicoactivas con el fin de mantener relaciones sexuales de alta intensidad y por periodos de tiempos prolongados, principalmente entre hombres que tienen sexo con hombres. Una de las sustancias más empleadas para dicha práctica es la metanfetamina (26, 27).

El cannabis fue la única sustancia para la cual se destacó el consumo en solitario, mientras que para el resto de las sustancias se refirió un consumo recreacional en compañía, o bien no se especificó.

En este trabajo también tiene la intención de dar visibilidad y voz a las personas usuarias de drogas. Por ese motivo se decidió realizar una recogida de datos a partir de sus testimonios. En general, todos mostraron una gran predisposición a relatar sus experiencias en relación con el consumo y mucho más allá de las preguntas que se les tenían preparadas. Diversas personas agradecieron al equipo investigador el permitirles participar y contar parte de su historia a través de las entrevistas, en las cuales se creó un ambiente no hostil donde no se sentían juzgados por su condición de consumidores y había interés por escucharlas, “como si fuéramos personas”, concluyó uno de ellos.

Es un hecho que existe un fuerte estigma asociado al consumo de drogas, que impacta negativamente en el aspecto social, laboral y de salud física y mental de las personas. Se encasilla por parte del resto de la sociedad bajo un estereotipo de delincuencia, violencia, enfermedades mentales y otras como VIH y marginalidad. Tal y como explica la RIOD (Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones) (28), dicho estigma puede facilitar la adquisición de conductas de riesgo y el agravamiento de los problemas sociosanitarios asociados al consumo de sustancias, ya que supone en sí mismo un obstáculo en la búsqueda de ayuda, tanto social como institucional, cuando se necesita. En el caso de las mujeres, se suma que están infrarrepresentadas en los datos.

Siguiendo esta línea, existen en Barcelona servicios y programas de reducción de daños, como parte de la Red asistencial de recursos de Atención a las Drogodependencias (XAD), en los que se ofrece atención sociosanitaria a las personas que consumen sustancias ilícitas con el fin de reducir el impacto negativo del consumo en distintas esferas (social, laboral, sanitaria, etc.) y mejorar sus vidas. Asimismo, están apareciendo cada vez más espacios específicos para las mujeres.

Se añade como dato que gran parte de los usuarios está en situación de alta vulnerabilidad y exclusión social (29). Es en este punto donde resulta imperativo que el colectivo de profesionales sanitarios tenga (auto)consciencia de este estigma y contribuya a su eliminación, para poder ofrecer así una mejor atención a pacientes con esta circunstancia (29-31)

Los resultados reflejan una mayor prevalencia del consumo de metanfetamina en comparación con otras sustancias distintas de cocaína y heroína entre los usuarios de la XAD, acorde con lo descrito en otros estudios similares e informes.

Se puede deducir a partir del estudio la existencia de unos efectos asociados al consumo de metanfetami-

na, entre los que destacan la agitación psicomotora, la paranoia persecutoria y alucinaciones auditivas.

Predominantemente, el consumo de metanfetamina acontece en un contexto recreativo y grupal, ocasionalmente asociado a la actividad sexual.

En comparación con las otras sustancias estudiadas, causa con más frecuencia alternaciones de la conducta.

Es relevante que en los próximos años aparezcan iniciativas para reducir el estigma que sufre el colectivo de personas consumidoras sujetas a estudio para reducir su exclusión social y discriminación.

BIBLIOGRAFÍA

- Vearrier D, Greenberg MI, Miller SN, Okaneku JT, Haggerty DA. Methamphetamine: History, pathophysiology, adverse health effects, current trends and hazards associated with the clandestine manufacture of methamphetamine. *Dis Mon* [Internet]. 2012 [Consultado 1 Nov 2021]; 58(2):38-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2011.09.004>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones [Internet]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. [Consultado 2 Nov 2021]. Estadísticas 2021. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/home.htm>
- EDADES 2017: Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España 1995-2017. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2017. [Consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf
- The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [Internet]. Lisboa: The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2013 [Consultado 2 Nov 2021]. Methamphetamine drug profile; [aprox. 5 p.]. Disponible en: https://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine_en#
- Fleckenstein AE, Volz TJ, Riddle EL, Gibb JW, Hanson GR. New insights into the mechanism of action of amphetamines. *Annu Rev Pharmacol Toxicol* [Internet]. 2007 [Consultado 4 Nov 2021]; 47:681-698. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.pharmtox.47.120505.105140>
- O'Brien C. Trastornos del uso de drogas y adicción. En: Brunton L, Chabner BA, Knollmann B, et al, editores. *Goodman & Gilman: Las Bases Farmacológicas De La Terapéutica*. 13a ed. Ciudad de México: McGraw Hill; 2019 [Consultado 2 Nov 2021]. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=2457§ionid=202811497>
- Titeler M, Lyon RA, Glennon RA. Radioligand binding evidence implicates the brain 5-HT₂ receptor as a site of action for LSD and phenylisopropylamine hallucinogens. *Psychopharmacology* [Internet]. 1988 [Consultado 2 Nov 2021]; 94(2):213-6. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00176847>
- Kevil CG, Goeders NE, Woolard MD, Bhuiyan S, Dominic P, Kolluru GK, et al. Methamphetamine Use and Cardiovascular Disease. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* [Internet]. 2019 [Consultado 4 Nov

- 2021]; 39 (9):1739-1746. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6709697/>
- Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. U.S. Department of Health & Human Services. Methamphetamine Use and Risk for HIV/ AIDS. CDC HIV/AIDS Fact Sheet; 2007. [Consultado 21 Jul 2019]. Disponible en: https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11778/cdc_11778_DS1.pdf
- Prakash MD, Tangelakis K, Antonipillai J, Stojanovska L, Nurgali K, Apostolopoulos V. Methamphetamine: Effects on the brain, gut and immune system. *Pharmacol Res* [Internet]. 2017 [Consultado 1 Nov 2021]; 120:60-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.phrs.2017.03.009>
- González-Mariño I, Baz-Lomba JA, Alygizakis NA, Andrés-Costa MJ, Bade R, Bannwarth A, et al. Spatio-temporal assessment of illicit drug use at large scale: evidence from 7 years of international wastewater monitoring. *Addiction* [Internet]. 2020 [Consultado 10 Nov 2021]; 115(1):109-120. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/add.14767>
- Rodríguez P. 'Shabú', una droga para aguantar en el trabajo que causa estragos en la comunidad filipina de Barcelona. *ElDiario.es* [Internet]. 2019 [Consultado 3 Dic 2021]. Disponible en: https://www.eldiario.es/catalunya/shabu-aguantar-estragos-comunidad-barcelona_1_1692858.html
- Antena 3 Noticias. Los vecinos de Raval de Barcelona denuncian el consumo de drogas a plena luz de día en parques infantiles [vídeo en Internet]. Antena 3. 25 de marzo de 2019 [Consultado 3 Dic 2021]. Recuperado a partir de: https://www.antena3.com/noticias/sociedad/vecinos-raval-barcelona-denuncian-consumo-drogas-plena-luz-dia-parques-infantiles_201903255c98a89f0cf20571949d9baf.html
- Cassany R. La metanfetamina que amenaza el Raval. *VilaWeb* [Internet]. 2018 [Consultado 3 Dic 2021]. Disponible en: <https://www.vilaweb.cat/noticies/la-metanfetamina-que-amenaca-el-raval/>
- Santuré Sinfreu A, Buil Arasanz ME, Esparza Siegel L. Cardiovascular complications of methamphetamines: Study of 6 cases. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2019 [Consultado 10 Dic 2021]; 153(8):e41-e43. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2019.01.006>
- Roset Ferrer C, Gomila Muñoz I, Elorza Guerrero MA, Puiguirguer Ferrando J, Leciñena Estean MA, Tuero León G, et al. Intoxicaciones por anfetamina y metanfetamina atendidas en los servicios de urgencias: características clínicas y utilidad de la confirmación analítica. *Emergencias* [Internet]. 2020
- Ribas Barquet N, García-Ribas C, Caldentey Adrover GR, Giralte Borrell T, Belarte Tornero LC, Supervia Caparrós A, et al. Consecuencias cardiovasculares del consumo no-recreativo de shabú (clorhidrato de metanfetamina): nueve casos de miocardiopatía dilatada. *Emergencias* [Internet]. 2020 [Consultado 11 Dic 2021]; 32(3):213-215. Disponible en: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/consecuencias-cardiovasculares-del-consumo-norecreativo-de-shab-clorhidrato-de-metanfetamina-nueve-casos-de-miocardiopata-dilatada/>
- Delàs J, Priore AG, Pigem A, Aguas M. Síndrome posconsumo de cocaína inyectada a partir de las observaciones en una sala de consumo supervisada. *Med Clin (Barc)*. 2008; 130:35.
- Jones R, Woods C, Usher K. Rates and features of methamphetamine-related presentations to emergency departments: an integrative literature review. *J Clin Nurs*. 2018; 27: 2569-82.
- Richards JR, Bretz SW, Johnson EB, Turnipseed SD, Brofeldt BT, Derlet RW. Methamphetamine abuse and emergency department utilization. *West J Med*. 1999; 170:198-202.
- Manzano Varo C, López-Vílchez MÁ, Román Eyo L, García García J, Mur Sierra A. Exposición prenatal a metanfetamina «shabú». *An Pediatr (Barc)* [Internet]. 2017 [Consultado 13 Dic 2021]; 86(2):96-97. Disponible en: <https://www.analesdepediatría.org/es-exposicion-prenatal-metanfetamina-shabu-articulo-S169540331630203X>
- Isoardi KZ, Ayles SF, Harris K, Finch CJ, Page CB. Methamphetamine presentations to an emergency department: Management and complications. *Emerg Med Australas*. 2019; 31(4):593-599.
- Gray SD, Fatovich DM, McCoubrie DL, Daly FF. Amphetamine-related presentations to an inner-city tertiary emergency department: a prospective evaluation. *Med J Aust*. 2007; 186:336-9.
- Raj GM, Raveendran R. Introduction to Basics of Pharmacology and Toxicology: Volume 1: General and Molecular Pharmacology: Principles of Drug Action. Singapore: Springer Singapore Pte. Limited, 2019.
- Luciano RL, Perazella MA. Nephrotoxic effects of designer drugs: synthetic is not better! *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2014 [Consultado 6 Ene 2022]; 10:314-24. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/nrneph.2014.44>
- Gavín P, Arbelo N, Monràs M, Nuño L, Bruguera P, de la Mora L, et al. Uso de metanfetamina en el contexto chemsex y sus consecuencias en la salud mental: un estudio descriptivo. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2021 [Consultado 6 Ene 2022]; 95:e1-10. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/O_BREVES/RS95C_202108108.pdf
- McCall H, Adams N, Mason D, Willis J. What is chemsex and why does it matter? *BMJ* [Internet]. 2015 [Consultado 6 Ene 2022]; 351:h5790. Disponible en: <https://www.bmj.com.sire.ub.edu/content/351/bmj.h5790>
- Red Iberoamericana de ONG que Trabajan en Drogas y Adicciones. Estigma, consumo de drogas y adicciones. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2019.
- Agència de Salut Pública Catalana. Informe d'activitat assistencial: serveis de reducció de danys [Internet]. Barcelona: Agència de Salut Pública Catalana; 2021 [Consultado 7 Ene 2022]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11351/6322>
- Van Boekel L, Brouwers E, Van Weeghel J, Garretsen H. Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2013 [Consultado 4 Ene 2022]; 131, p.23-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>
- Vázquez A, Stolkiner A. Procesos de estigma y exclusión en salud: Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogodependencia. *Anu Investig*. 2009; 16: 295-303. [Consultado 5 Ene 2022]; Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3691/369139945027.pdf>

LTJ31 ISOLA-B. Estratègies d'apropament a persones que usen substàncies psicoactives. Anàlisi, reflexió i acció

Antoni Llort, Joan H Besora, Tre Borràs

SERVEI D'ADDICCIONS I SALUT MENTAL (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS) – PLA D'ACCIONS SOBRE DROGUES DE REUS. ASSOCIACIÓ REUS SOM ÚTILS (ARSU)

INTRODUCCIÓ

El debat sobre les drogues sovint es pot encendre i polaritzar; però, almenys en un punt, hi ha un consens creixent: la «guerra contra les drogues» ha fracassat. La prohibició en l'àmbit global no només no ha dissuadit l'ús creixent, sinó que ha provocat comportaments més arriscats, la producció de substàncies més perilloses i en conseqüència més perjudicis i problemes per a la salut de les persones consumidores. Lluny de crear un «món lliure de drogues», la prohibició, sí ha creat un vast mercat il·legal governat per la violència, la corrupció i la inseguretat. Podem observar que en els últims trenta anys s'han produït alguns progressos en matèria de política de drogues i en la reforma de les lleis a moltes parts del món, però encara queda molta distància per recórrer.

Segons «l'Informe Mundial sobre les Drogues» publicat el 2021, el 2019 al voltant de 275 milions de persones va consumir drogues a tot el món durant l'últim any. Això és gairebé un 20% més que el 2010. A part d'aquesta tendència a l'alça global, que també implica el nostre context, durant l'última dècada, els mercats de drogues s'han diversificat. A més de les substàncies tradicionals de base vegetal com el cànnabis, la cocaïna i heroïna, hi ha hagut una expansió de les drogues sintètiques. La penetració del tràfic de drogues a les xarxes socials i a les populars plataformes de comerç electrònic suggereixen que la disponibilitat de les substàncies psicoactives augmenta.

La ràpida innovació tecnològica, combinada amb l'agilitat i l'adaptabilitat dels grans i petits distribuïdors que utilitzen noves plataformes per vendre drogues, podria conduir a un mercat mundial en què hi haurà més substàncies disponibles, sobretot atesa la capacitat dels distribuïdors d'adaptar ràpidament els seus canals de màrqueting a condicions canviants. Així, es preveu una acceleració i un canvi de paradigma amb relació al fenomen de consum de drogues.

ANTECEDENTS I POSADA EN MARXA

En aquest context general l'Associació Reus Som Útils (ARSU) obre el 17 de febrer de 2022 a «La Illeta» (Centre de dia activitats i acollida per a persones amb problemes socials relacionats amb el consum de drogues) amb el suport i coordinació del Pla d'Accions sobre drogues de Reus), el primer centre d'anàlisi de substàncies i informació relacionada que neix d'un i per a un recurs de Reducció de Danys i Riscos com «La Illeta» i des d'una associació de persones usuàries per la defensa dels seus drets. El servei s'anomena ISOLA-B¹ i ofereix els seus serveis els dijous de 17:00 a 19:00.²

El seu objectiu principal és el de poder analitzar substàncies provinents del mercat negre i establir-se com una eina d'apropament educatiu a persones amb consum actiu informant sobre els components (actius i adulterants) així com aportar informació subjectiva i contrastada, formació i punt de trobada al voltant del fenomen del consum de drogues.³ És important remar-

1 En italià *isola* és *illa*, en referència a La Illeta. Es combina amb la síl·laba *lab* de laboratori creant ISOLA-B.

2 <https://www.niusdiario.es/espana/catalunya/centro-analisis-drogas-drogodependientes-consuman-responsabilidad-reus_18_3285196119.html>, <<http://www.canalreustv.cat/noticies/reus-inaugura-la-primer-sala-danalisi-drogues-la-provincia>>, <https://www.diarimes.com/noticies/reus/2022/02/16/reus_tindra_centre_els_consumidors_podran_analitzar_droga_que_prenen_118052_1092.html>, <<https://www.lamanyana.cat/reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur/>>, <<https://www.lanovaradio.cat/reus-compta-amb-el-primer-servei-danalisi-de-drogues-de-la-demarcacio/>>, <<https://www.ccma.cat/324/reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur/noticia/3146288/>>, <<https://www.reusdigital.cat/noticia/90960/reus-reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur#.Yg0vXKBgwCg.whatsapp>>, <<https://info-camp.cat/arxiu-seccio-societat/item/50834-reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-i-garantir-un-consum-mes-segur/amp>>, <<https://catalunyadiari.com/tarragonadigital/area-metropolitana/centro-analisi-drogues-reus-arsu#.Yg0owKKG7nE.whatsapp>>, <<https://rctgn.cat/peces-informatives/actualitat/reus-obre-un-centre-danalisi-de-drogues-per-assessorar-el-consum-segur/>>

3 Qualsevol persona interessada en participar, col·laborar, pot escriure'n un correu electrònic a info@isolab.cat.

car que un dels objectius que es vol assolir de manera indirecta és el de crear un sistema de control de qualitat en un mercat que es troba al marge de la regularització.

Al mateix temps pretén esdevenir un espai de trobada i intercanvi d'expressions artístiques i culturals com a estratègia de promoció d'activitats alternatives al consum com a reclam d'interès no centrat en el consum ni el consumisme. En definitiva, oferir un espai d'informació sobre drogues a la població general així com un servei especialitzat a persones que consumeixen substàncies psicoactives, o estan pensant a fer-ho sobre el contingut dels productes obtinguts al mercat clandestí (principis actius i adulterants), tenint com a suport els resultats de les anàlisis químiques amb el propòsit de disminuir els riscos a la salut associats al seu ús, fomentant el consum responsable, el pensament crític i acostant informació útil, fiable i veraç sobre el fenomen.

Cal també apuntar per a completar els antecedents que han permès iniciar aquest servei, el treball realitzat des de la secció d'ARSU; ARSU FESTA. Aquesta des de 2008 realitzà intervencions de reducció de riscos i danys en l'àmbit de l'oci nocturn a la ciutat de Reus. ARSU FESTA realitzà accions *in-situ* en els espais d'oci nocturn des de 2008 fins a 2020, any que la pandèmia COVID-19 aturà tota activitat col·lectiva. Des de l'inici i amb el suport incondicional d'Energy Control es va implantar el servei de test de substàncies mitjançant test colorimètrics i un sistema d'anàlisi de cocaïna semi quantitatiu, restringint el servei durant les intervencions nocturnes i de manera informal a la seu de l'entitat. A aquest servei s'hi afegí un servei d'alcoholimetria, intervencions mitjançant un estand informatiu i assessorament personalitzat gràcies a totes les persones que de manera desinteressada van participar en aquest projecte durant 12 anys.

Creiem doncs justificada la necessitat de posar en funcionament un servei d'informació sobre i d'anàlisi de substàncies que pugui donar resposta a les necessitats de la ciutadania i que al mateix temps proporcioni estratègies en sentit ampli de promoció de la salut (sensibilització, informació, assessorament i suport) relacionades amb el consum de substàncies legals com il·legals. Al mateix temps permet monitoritzar el mercat informal de substàncies podent així alertar de possibles perills i tendències del fenomen.

Els informes i documentació científica de les experiències, sustentades en les bones pràctiques internacionals sobre programes i estratègies de reducció de danys (com els serveis d'anàlisi de substàncies), demostren que és possible generar canvis en el comportament o els patrons de consum de les persones que utilitzen substàn-

cies psicoactives de manera recreativa, al mateix temps que per a la cura individual i col·lectiu de la salut, sense posar com a condicionant deixar de consumir (Maghsoudi et al. 2021; Guirguis et al. 2020). Val a dir també que existeixen veus crítiques que asseveren que aquests tipus de serveis també poden fer augmentar la sensació de falsa seguretat que el consum de drogues pot aportar als seus consumidors (Brunt, 2017).

A mig termini, ISOLA-B pretén iniciar un estudi del mercat de l'heroïna (aspectes qualitatius i monitoratge de composició) Reus i Barcelona i poder introduir test de fentanil entre la seva cartera de serveis. També obtenir pipes de crack (parafernàlia especialitzada difícil d'aconseguir i no finançada) per a la seva distribució a aquelles persones que ho requereixin. Igualment col·laborar amb iniciatives com la de DONA_ARSU_TOT, proporcionant parafernàlia especialitzada i suport d'assessorament per al seu projecte d'intervenció en el treball sexual al carrer.

S'ha iniciat també un treball d'acompanyament, informació, formació i assessorament a clubs cannàbics de la ciutat, fet que ens fa pensar en la importància d'establir sistemes d'anàlisi de substàncies orgàniques com el cànnabis. Aquests sistemes com el FTIR,⁴ són molt costosos, i de fet, cerquem la manera de trobar finançament per adquirir-los.⁵ La prevalença de consum de cànnabis en població jove i adulta és la més alta entre totes les substàncies il·legals, pensem en conseqüència que és prioritari poder obrir aquesta via de treball.

TÈCNiques DE LABORATORI I ASSESSORAMENT

1) Anàlisi colorimètric

Aquest assaig és ràpid i eficient. Es necessita dels reactius colorimètrics (Marquis) i una petita mostra de la substància que es vol analitzar. A aquesta mostra se li afegeixen els reactius, els quals, en entrar en contacte amb la substància, generen un canvi en el color de la gota del reactiu, mostrant un patró de colors. Aquest patró es compara amb una referència i s'identifica el grup o família de la substància psicoactiva més abundant a la mostra.

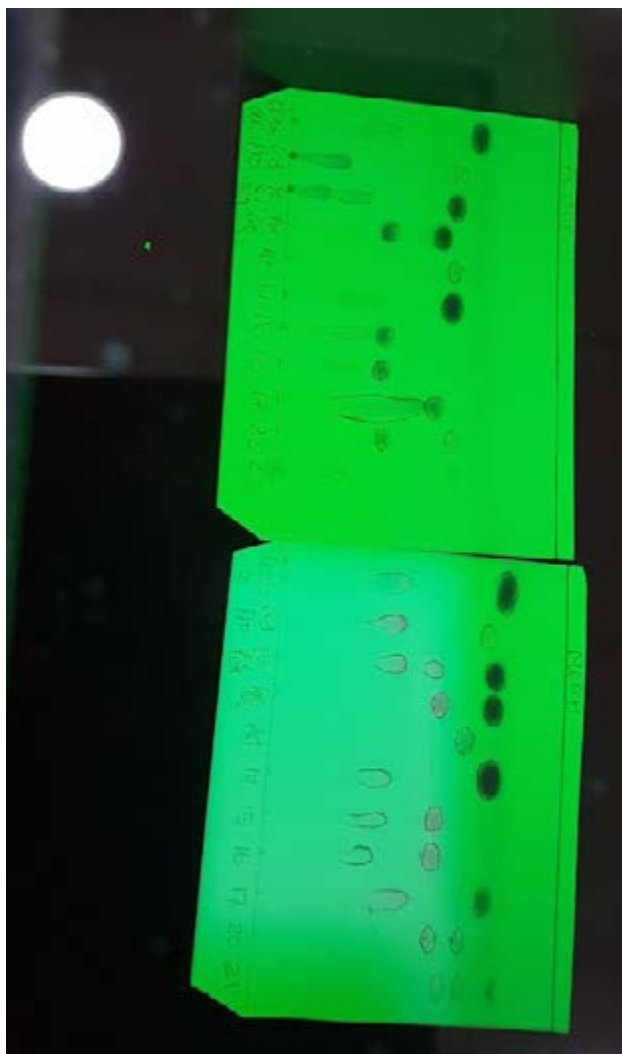
4 Infraroig Transformat de Fourier (FTIR) és una tècnica d'anàlisi espectroscòpica que utilitza una part de l'espectre electromagnètic. Concretament, longituds d'ona entre els 2.500 nòmetres (nm) i els 25.000 nm. Aquesta és la regió de l'Infraroig Mitjà i és per això que també al FTIR se'l coneix com a tal.

5 Qualsevol iniciativa de finançament públic o privat és benvinguda!



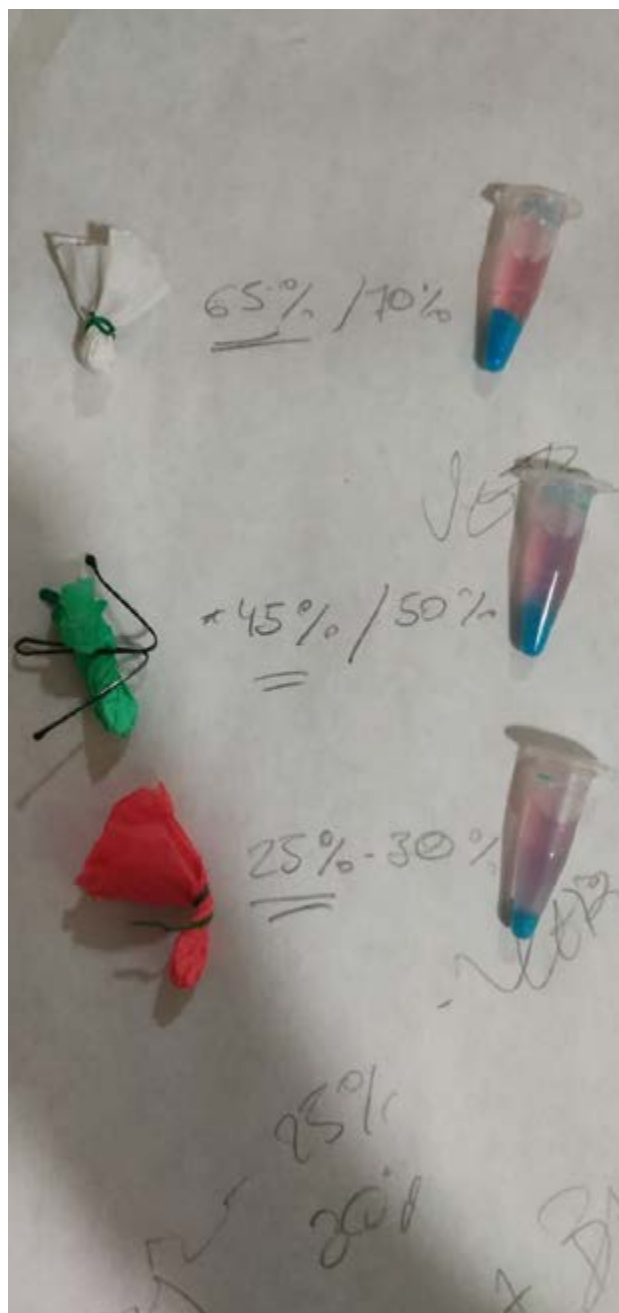
2) Cromatografia de capa fina

És un mètode que permet identificar diferents compostos en una sola mostra, en poc temps i sense la necessitat d'un gran instrument o equip. Per a aquest assaig s'introdueixen 15-20 mg de mostra dins d'un sistema cromatogràfic; després de 10 o 15 minuts el sistema reflecteix el contingut de la mostra, desglossant els compostos de les mostres analitzades d'acord amb les propietats i estructura de cada molècula. Els resultats no permeten conèixer el volum i/o la quantitat de substàncies en una mostra, sinó que el que permet saber és la presència de determinats components psicoactius o bé dels adulterants més comuns.



3) Semiquantitatiu per precipitat de cocaïna

Permet conèixer rangs de percentatge de la quantitat de cocaïna que té la mostra analitzada. Per a aquest assaig es pren una mostra de cocaïna i es diposita en un contenidor especial; se li afegeixen 2 reactius per generar un precipitat blau, mateix que indica presència de cocaïna i altres anestèsics locals, com lidocaïna o procaïna. Aquest precipitat és centrifugat per mesurar l'altura del fons al límit de la mateixa i així obtenir una relació semiquantitativa. Aquest assaig també li permet a la persona conèixer la presència de talls i adulterants.

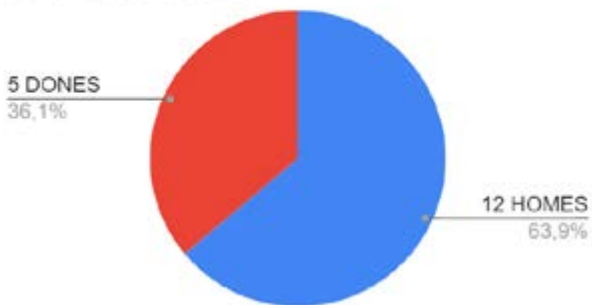


4) Enviament a laboratoris de referència que permeten anàlisis molt precises.

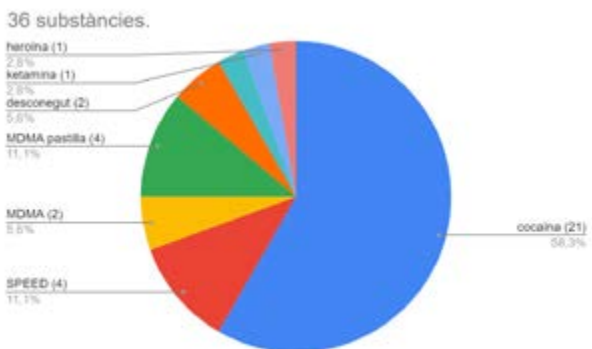
ACTIVITAT REGISTRADA (FEBRER DE 2002 A MAIG DE 2022)

17 persones diferents han fet servir el servei d'anàlisi ISOLA-B. 5 dones i 12 homes.

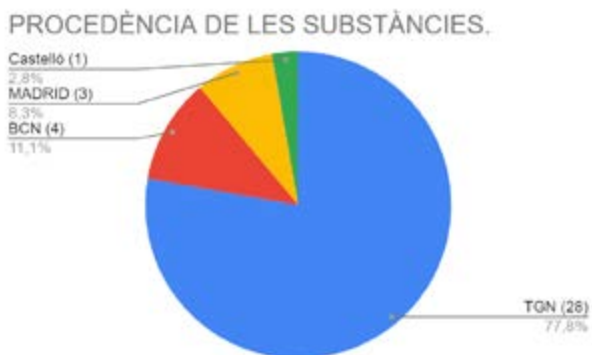
17 PERSONES.



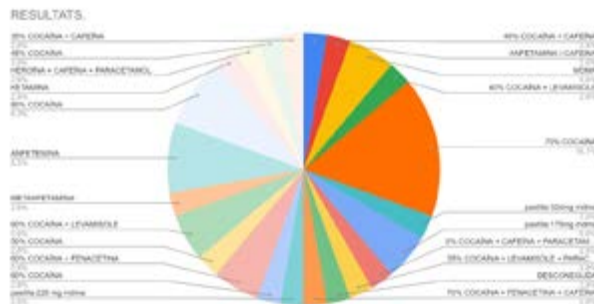
S'han analitzat 36 substàncies diferents:



Procedència de les mostres:



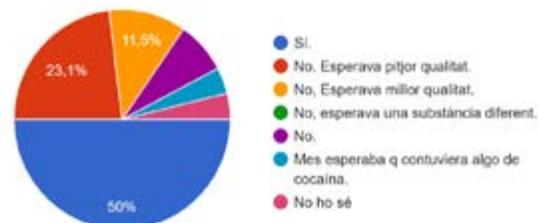
Resultats anàlisis:



S'han obtingut 26 respostes post test per avaluar el servei:

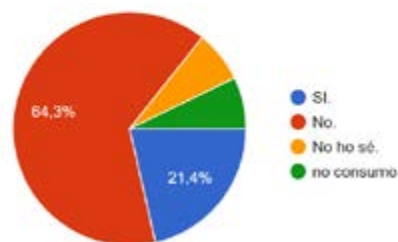
Ha estat el resultat esperat?

26 respuestas



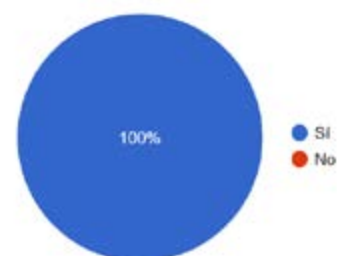
Modificaràs la teva pauta de consum.

14 respuestas



L'hi sembla útil el servei?

26 respuestas



CONCLUSIONS

En primer lloc, valorem molt positivament l'afluència de persones (17) que pel poc temps que fa que el servei està obert (3 mesos) han confiat i han portat les seves mostres a analitzar. La implantació del servei no ha estat fàcil, a causa d'una sèrie de canvis recents i precipitats en les estructures municipals i dels equipaments amb els quals estem treballant. Al mateix temps s'ha obtingut un bon ressò mediàtic en l'àmbit local pel que fa a la seva obertura i argumentari per al seu funcionament i implantació.

El fet d'oferir els seus serveis d'anàlisi, en primera instància, per persones beneficiàries del Centre d'acollida i activitats "La Illeta" a més d'ampliar l'oferta de serveis, obre la porta a realitzar un treball d'apropament i assessorament a persones que, de manera habitual, queden exclosos a l'accessibilitat a aquest tipus de serveis, normalment destinats a persones que realitzen consums normalitzats o relacionats amb consums d'oci nocturn i/o cap de setmana.

Les incipients dades amb les quals podem treballar, indiquen que el grau de satisfacció i percepció d'utilitat per part de les persones beneficiàries és molt alt, i també comencem a recollir indicis, de canvis i/o introducció de pautes de disminució de riscos en persones que han estat assessorades per l'equip d'ISOLA-B.

Tot i que de moment, la principal substància analitzada és la cocaïna en un 56%, creiem necessari posar el focus també en altres substàncies com l'MDMA, amfetamina, heroïna, cànnabis i altres. Durant aquests mesos s'ha procedit a la publicació de la primera alerta per alta concentració de MDMA en pastilla.⁶

Cal destacar que del total de persones que han utilitzat el servei, un 27% han estat persones beneficiàries del Centre d'acollida i activitats La Illeta. Esperem que en els pròxims mesos aquesta xifra pugui augmentar de manera considerable.

Com a punts febles i potencialment millorables, tot i que les tècniques de laboratori emprades permeten treballar a un bon nivell de resposta respecte a les persones usuàries, cal treballar per a l'obtenció de tècniques més sofisticades i eficients, com els cromatògrafs tipus FTIR.

També ens cal posar la mirada cap a un millor finançament del projecte i sostenibilitat a llarg termini, podent contractar a més professionals i millorant les



instal·lacions per atendre a les persones que ho necessitin.

En últim lloc, tal com hem apuntat en aquest article, creiem que cal prioritzar el treball relacionat amb el consum de cànnabis, tant pel que fa a poder oferir anàlisis acurades, com per dur a terme una tasca d'assessorament i reducció de riscos, apostant en línies generals, per una acció realista, objectiva i eficient amb relació a les persones que consumeixen qualsevol substància psicoactiva.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Brunt, T. (2017). Drug-checking/pill-testing as a harmreduction tool for recreational drug users: opportunities and challenges. Lisbon: EMCDDA.
- Guirguis, A., Mossa, I., Gitting, R. & Schifano, F. What About Drug Checking? Systematic Review and Netnographic Analysis of Social Media. *Curr Neuropharmacol.* 2020 Oct; 18(10): 906–917. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7709144/>
- Magshoudi, N., Tanguay, J., Scarfone, K., Rammohan, I., Ziegler, C., Werb, D. & Scheim, A. Drug checking services for people who use drugs: a systematic review. *Addiction* 2022. Mar; 117(3): 532–544. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34729849/>
- World Drug Report (2021) United Nations publication, Sales No. E.21.XI.8. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>

⁶ Volem reiterar el nostre agraïment a Energy Control pels serveis de quantificació prestats, formació i acompanyament durant tots aquests anys. Sense el seu suport, per exemple, no podríem emetre alertes d'aquets tipus, entre altres coses.

CONSUM DE SUBSTÀNCIES PRESCRITES

LTJ32 Metadona injectada

M^a Himalaya Vallejo Cañete

ENFERMERA

INTRODUCCIÓN

El clorhidrato de metadona, conocido como metadona, es un fármaco agonista opiáceo de origen sintético que se utiliza para reducir o retirar el consumo de opiáceos como puede ser la heroína.

En la primavera-verano de 2017, en algunos servicios de atención a consumidores de drogas en Barcelona se detectó incremento del consumo de metadona inyectada.

Anteriormente ya se habían observado consumos de metadona por vía intravenosa, pero es entre febrero y marzo de 2017 cuando se hacen más visibles y aumenta la demanda de los usuarios para consumir metadona inyectada en las salas de consumo o acceder a un material de inyección diferenciado. La metadona utilizada en esta práctica es la que se dispensa desde los Centros de Atención y Seguimiento a las Drogodependencias (CAS) en formato líquido (MISYO Concentrado para sol. oral 10 mg/ml) o comprimido (METASEDIN Comp.). También se puede conseguir en el mercado ilegal.

A nivel hospitalario se puede encontrar metadona inyectable (METASEDIN Iny. 10 mg/1 ml), es decir, una metadona preparada para ser utilizada por vía intravenosa.

La metadona líquida comporta mayor volumen de líquido a inyectar, por lo que aumenta también la petición de jeringas de 10-20ml, frente a las jeringas de insulina con menor capacidad. La metadona dispensada desde los centros es en formato comprimido o líquida para ser administrada vía oral y absorbida a nivel gástrico. La mayoría de veces la metadona líquida se entrega al usuario desde el centro dispensador mezclada con agua o zumo de frutas para disimular su sabor amargo y así poder facilitar la toma.

Las jeringas con mayor volumen de líquido exigen imprimir más fuerza en el émbolo, con mayor riesgo de romper la vena, perder la sustancia, extravasación y riesgo de reacciones locales. Si bien, por otros lados, se ha observado que la combinación de jeringas de mayor volumen con agujas de insulina no complica en exceso la técnica de inyección en usuarios adiestrados.

Muchos usuarios utilizan las mismas agujas que hasta entonces usaban. Agujas de insulina y, en escasas ocasiones recurren a agujas de mayor tamaño que consideran que pueden lesionar las venas.

Algunos de los usuarios han explicado que el uso de metadona inyectada puede provenir de consumidores provenientes de la Europa del Este, con experiencias de metadona inyectada en tiempo de guerra.

Usuarios han informado que es posible comprar dosis de metadona de 20mgs per 3€ y que el efecto es más rápido e intenso que por vía oral.

La metadona procede a menudo de los programas de distribución y el usuario simplemente cambia de vía de consumo. Puede resultar más accesible y barato el consumo de metadona inyectada que la heroína a partir del distribuidor.

Este *ilícito programa de metadona por vía intravenosa*, en el mercado ilegal es una alternativa a la importación de heroína y la compra de sustancias de composición desconocida y sometida a contaminantes e impurezas. Puede dar lugar incluso a redes de tráfico diferentes, a partir de personas con acceso a opiáceos de hospitales y farmacias.

La metadona inyectada no es, en la actualidad una forma de consumo prevalente frente a coca o heroína, pero es conveniente que los equipos asistenciales mejoren en su conocimiento para una mejor atención de un grupo concreto de usuarios, en post de una mejor asistencia y anticiparse a una eventual extensión de esta forma de consumo.

La metadona inyectada, comparada con heroína da lugar a diversas opiniones que conviene contrastar.

Para poder completar la información sobre este consumo se realizó una entrevista semiestructurada. Se brindaron a realizarla un total de 7 personas, seis hombres y una mujer.

La metadona que consumían los entrevistados se presentaba en forma líquida, menos en uno que la presentación era en comprimidos de Metasedin. Durante la entrevista todos excepto uno, tienen información de los miligramos de metadona que contienen los frascos de metadona, también a excepción de uno, todos verbalizan encontrarse en dosis superiores de 70mgr.

Todos comentan que el “flash” de subida de la metadona inyectada es más rápido y de mayor intensidad que administrada vía oral. La duración de los efectos deseados la estiman entre 2 y 24 horas y varía la percepción en relación con la heroína.

PROPUESTA DE ACTUACIÓN

Tras conversaciones con usuarios y profesionales planteamos recomendaciones centradas en la actual información y susceptibles de cambios, en función de nuevos datos que puedan aparecer.

1. Recomendar que si tiene lugar el consumo de metadona por vía inyectada, sea en las salas de consumo. No es una droga ilegal, como heroína o cocaína, pero es un uso no reglamentado de una sustancia legal, por una vía no prescrita. Al igual que en las drogas ilegales, ni prescritas, ni conseguidas de forma legal, somos partidarios de este consumo supervisado.
2. Desaconsejamos intervenciones del tipo de exigir el consumo de metadona directamente observado por personal sanitario. Hemos comprobado que algunas personas mantienen la metadona en la boca y luego la pasan a la jeringa para su inyección. Con lo que aumenta el riesgo de infecciones, muy concretamente candidiasis si coexiste un estado de inmunodeficiencia.
3. Desaconsejamos aumentar la dilución de la metadona, para, de esta forma, evitar inyecciones de más volumen.
4. Desaconsejamos restringir la entrega de jeringas de mayor volumen o agujas diferentes a las de insulina. Es preferible potenciar la información al usuario sobre los riesgos de la metadona inyectada.
5. Recomendamos evidenciar la confidencialidad de los profesionales que atienden las salas de consumo, confirmando que no van a divulgar el consumo de metadona inyectada de ningún usuario. La percepción de falta de confidencialidad es una de las circunstancias que favorecen el consumo fuera de las salas de consumo.
6. Recomendamos estudiar el material utilizado en la inyección de metadona para conseguir mejores recomendaciones. Hay usuarios que manipulan directamente jeringas de mayor volumen, con agujas de menor calibre del tipo de agujas de insulina.
7. Recomendamos informar que si en el consumo de metadona en comprimidos, se calienta la dilución
8. Recomendamos mantener la dilución original de farmacia. Añadiendo agua o zumos solo a petición del usuario, pero no para evitar el consumo por vía intravenosa. Ya que si finalmente, el usuario recurre a la vía inyectada, la inyección se realizará con mayor volumen y más aditivos.
9. La metadona líquida no hay que diluirla. La metadona en comprimidos es muy fácilmente diluible en agua.
10. Recomendamos promocionar las salas de consumo supervisadas que favorecen observaciones de cambios en los hábitos y sustancias de consumo. Muy especialmente recomendamos reflexionar sobre por qué en España solo hay salas de consumo en el País Vasco y Catalunya. Con la paradoja de que los equipos de las salas de consumo existentes realizan bajo el auspicio de entidades internacionales formaciones en otros países.
11. Recomendamos mejorar las condiciones de vida de los usuarios de drogas. La situación de marginalidad disminuye su capacidad de elección y fomenta



Obra versionada per Joan Francesc S, original de Gerardo Delgado
El caminante nº1

prácticas en entornos de mayor riesgo, así como compartir el material de inyección.

12. Recomendamos realizar sesiones de trabajo retribuidas con usuarios consumidores de metadona intravenosa, para un mejor conocimiento de las circunstancias de este consumo. Combinar estas sesiones, con la metodología de la bola de nieve, que conlleva que cada miembro del grupo inicial interaccione con consumidores de metadona por vía inyectada que no contactan con los servicios asistenciales.
13. Recomendamos recabar información de los diferentes grupos que atienden a consumidores de drogas sobre esta modalidad de consumo. Hacerles partícipes de los resultados y facilitar su participación en publicaciones como coautores, favoreciendo el interés por las comunicaciones a la comunidad científica. A pesar del gran trabajo realizado, son escasas en nuestro entorno, en comparación con la amplitud de iniciativas que se llevan a cabo.
14. Recomendamos fomentar la reunión multidisciplinaria de expertos en aspectos como el consumo de la metadona inyectada, drogas y enfermedad mental, policonsumo, pisos de venta de drogas e impacto del turismo en los consumidores locales de drogas no legales.
15. En los entornos en los que pueda haber consumo de metadona inyectada, recomendamos la forma clásica de metadona frente a otras alternativas futuras.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejo-Cañete H, Viñals Márquez M. El papel de enfermería en una Sala de Consumo Supervisado: Trabajo de final de Grado. Fundació Universitària del Bages UAB. Mayo de 2014; Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/321951131_El_papel_de_la_enfermeria_en_salas_de_consumo_supervisado
2. Hedrich, D., Kerr, T. y Dubois-Arber, F. Drug consumption facilities in Europe and beyond. EMCDDA. 2010; 11. Disponible en: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_101273_EN_emcdda-harm%20red-mon-ch11-web.pdf
3. Andrés M. de, Trujols J. Las drogodependencias tras la reducción de daños. Humanitas, Humanidades Médicas. 2004; 5: 139-146. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo9.pdf>
4. Martín P., Ma T., Miranda L., Ma J. y Vega S., C. Nuevos y viejos elementos en el debate sobre las drogas. Política y Sociedad. 2002; 39 (2): 399-414.
5. Marset, S. Programas de Prescripción de Heroína. Adicciones. 2005; 17 (2). Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/Marset.pdf>
6. Riesgo M.; C. El Plan Nacional sobre Drogas 1985-2005: ¿qué hay de nuevo?. Rev de Pediatría de Atención Primaria. 2006; (7). Disponible en: <http://www.pap.es/files/1116-581-pdf/606.pdf>
7. Schatz E., Nougier M. Salas de consumo de drogas: Evidencias y prácticas. Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas. 2012. Disponible en: http://www.intercambios.org.ar/wpMetadonainyectadacontent/uploads/2013/01/IDPC-Briefing-Paper_Drug-consumptionrooms_SPA.pdf
8. Ilundain, E. Drogas, enfermedad y exclusión. ¿Can Tunis (Barcelona) como paradigma? Humanitas, Humanidades Médicas. 2004; 5: 105-118. Disponible en: <http://www.fundacionmhm.org/pdf/Mono5/Articulos/articulo7.pdf>
9. Entrelínies. 3/65: Via de suport [video]. Barcelona: TV3; 2008. Disponible en: <http://www.tv3.cat/videos/778869>
10. Romero M, Oviedo-Joekes E, Mach JC, Markez I. Programas de Jeringuillas. Adicciones. 2005; 17: 257-275. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/Romero.pdf>
11. Bechich S, Martínez M, Llorella G, Rodés A, De Andrés M, Delás J. RECOJE: recogida comunitaria de jeringas por usuarios de drogas por vía parenteral como complemento a los programas de intercambio. GacSanit. 2011; 15 (4): 353-355. Disponible en: <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/S0213911101715804/S300/>
12. Fernández JJ. Calidad asistencial y cronicidad en los programas de mantenimiento con agonistas opiáceos. Adicciones. 2004; 16. Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/Fdez.pdf>
13. Hunt N., Trace M., Bewley-Taylor D. Reducción de daños a la salud relacionados con uso de drogas: una revisión global. Programa sobre políticas de drogas. 2003; 4. Disponible en: <http://www.beckleyfoundation.org/pdf/BFDPPreport4.pdf>
14. Global Platform for Drug Consumption Rooms. Joan Colom "Las salas de venopunción: un modelo de reducción de daños (Cataluña) [video]. 2011. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=MjSSkuuIXCw&list=PLF9962385FD938944>
15. Majó X, Ilundain E, Valverde C. Manual per educar en prevenció i assistència a les sobredosis. Barcelona: Direcció General de Salut Pública; 2009. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/canalsalut/Home%20Canal%20Salut/Professionals/Temes_de_salut/Drogues/documents/Manualpereducar.pdf
16. Ilundain, E. y Markez, I. Salas de consumo: entre innovación y mal menor en políticas de drogas. Adicciones. 2005; 17 (2). Disponible en: <http://www.adicciones.es/files/Ilundain.pdf>

LTJ33 Origen del programa d'heroïna a Ginebra¹

Miguel del Río

PSIQUIATRA

L'1 de setembre del 95 es va posar en marxa el programa de dispensació d'heroïna injectada a Ginebra que va inaugurar Paco Giner.

La meua contribució va ser preparar-lo, fer un estudi del que hi havia, la part logística i disseny de l'estudi aleatori que ens va valdre una publicació al British Medical Journal.²

Per situar una mica el context històric, retrocedim al 1974, tenim el Comitè d'Experts de l'OMS en dependència de Drogues aconsellant que el principal objectiu hauria de ser prevenir o reduir la incidència i severitat dels problemes associats amb l'ús no mèdic de drogues. Aquest és un objectiu molt més ampli que la prevenció o reducció de l'ús de drogues per se. (Fig 1).³

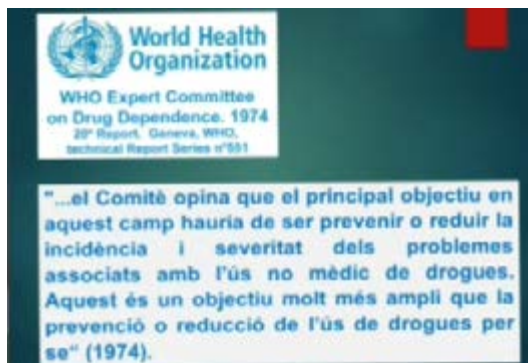


Fig 1 Informe OMS (1974): prevenir i reduir problemes amb l'ús no mèdic de drogues

El que es proposés el programa va esta desencadenant perquè hi havia concentracions de persones a l'esfera de moviments hippies, especialment a Berna i Zurich, amb consums diversos. Zurich als anys 70 va ser un dels punts neuràlgics hippie juntament amb Amsterdam i Eivissa.

Des de llavors hi ha hagut grups marginals que deambulaven per la ciutat que es concentraven en de-

terminats llocs per consumir i només eren incordiat per la policia quan la pressió veïnal era excessiva.

Cap el 1986 té lloc aquesta situació i la pressió policial els va fer fora i es varen concentrar a un parc idíl·lic, la Platzspitz entre dos rius i l'estació i el mur del Museu Nacional Suïss que per darrera feien un mur infranquejable que els feia estar protegits de veïns, sense risc que la policia hagués d'intervenir.

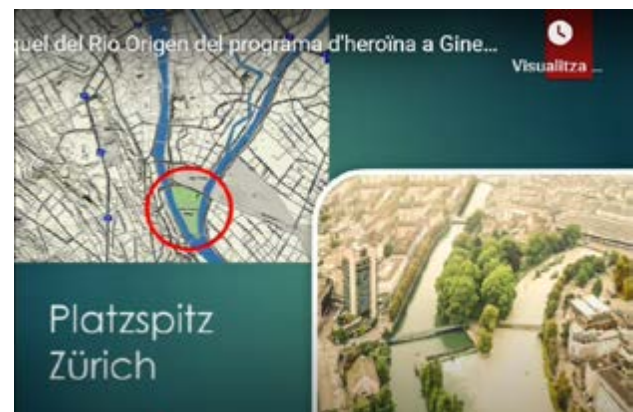


Figura 2 Estratègica ubicació de la Platzspitz a Zürich

Això va anar creixent. A finals de 1980 arribarien a concentrar-se milers de toxicòman, que cada dia creuaven els petits ports amb centenars de quilos d'heroïna, milions de francs i en aquell lloc centenars de persones pernoctaven, malvivien fins i tot a l'hivern suïs que no perdona.

La foto actual del lloc (Figura 3) mostra la pagoda que al final dels 80 era una concentració de homeless, consumidors, marabunta de persones que entraven, sortien, consumien.



Figura 3 Aspecte de l'actual Platzspitz (Zürich)

- 1 https://www.youtube.com/watch?v=vRyvWglNa_w&t=598s&ab_channel=LowThresjold
- 2 Perneger TV, Giner F, del Río M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. BMJ. 1998 Jul 4;317(7150):13-8. doi: 10.1136/bmj.317.7150.13. PMID: 9651260; PMCID: PMC28595.
- 3 WHO. Expert Committee on Drug Dependence 1974. 20 Reperot Geneva WHO, technical Report Series n°551

En aquest context va haver-ne prou en que el polític i anestesista Paul Günter, membre del Consell Nacional Suís format per set representants, l'11-5-1989 fes una pregunta que va ser anomenada la moció Günter. Sol·licitava al Consell Nacional en quina mesura seria possible prescriure sota control mèdic heroïna a toxicòmans dependents d'aquesta substància que no poden o encara no són capaços de participar en un programa terapèutic de desintoxicació o de substitució. (Figura 4)

Preguntava si estava demostrat que era millor deixar als consumidors en la situació que es trobaven que donar la heroïna de forma controlada. I si no estava demostrat que es fessin les modificacions legislatives adients per a posar-ho a prova.

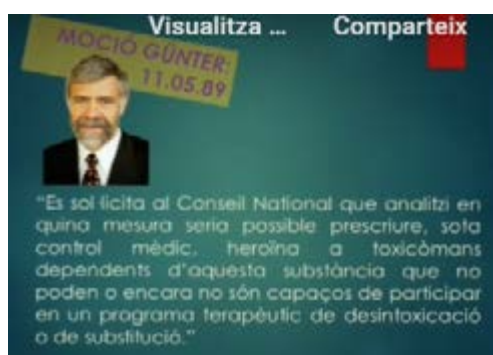


Figura 4 Moció Günter 11-5-1989

És així que es va demanar estudiar-ho a la meua jefa, una psiquiatra francesa d'inspiració psicoanalista, Anne Mino, sens dubte, per tant, poc sospitosa de ser una ultrabiologista. S'hi va dedicar durant 6 mesos, fent revisió de la bibliografia i visitant centres holandesos i anglesos, molt especialment a Liverpool, la zona de Merseyside, un dels llocs en més tradició de salut pública. Al 1847 ja varen nomenar el primer director de salut pública de la història, Henry Duncan, i el seu pragmatisme sempre ha estat notable.

Tant és així que Sir Humphry Rolleston, el 1926 va dirigir un comitè per estudiar l'heroïnomania, morfinomania que va acabar concluint que corresponia als metges decidir els tractaments i que els polítics només hi haurien de participar en la mesura de determinar que els procediments havien de ser raonables i controlables.

Així al 1976 (fig 6) hi havia centenars de persones en tractament amb heroïna injectable, morfina, metadona.

La Dra Mino es va passejar per diversos països i centres, va parlar amb diverses personalitats, John Marks, de manera que va acabar convençuda que havíem de

prioritzar la disminució de les conseqüències negatives del consum per davant de l'abstinència absoluta



Figura 6. 1976: persones en tractament amb metadona, heroïna, morfina



Fig 7 Revisió bibliogràfica de la dispensació controlada d'heroïna o morfina per part de la Dra. Mino

Es varen produir els canvis legislatius perquè pogues tenir lloc la dispensació i a cada cantó es decidiria si es faria la dispensació. El primer en posar-ho en marxa va ser el de la Suïssa alemanya a Berna, Zurich i altres. A Ginebra va arribar al 1995 i es va desenvolupar a l'equip de la Dra. Mino.

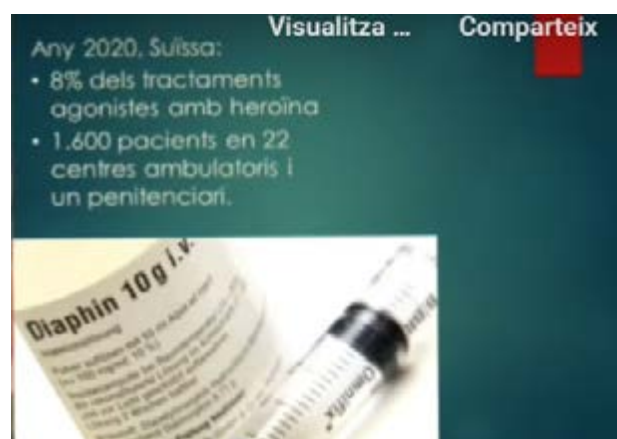


Fig 8 2020. Tractament amb agonistes de l'heroïna a Suïssa

El 2020 el balanç és positiu , s'ha integrat aquest armament terapèutic i els professionals que arriba als 8% dels pacients en tractament per dependència d'heroïna, 1600 en total, i que es fa a 22 centres ambulatoris i 1 penitenciari. (Figura 8)

En el baròmetre de preocupacions dels ciutadans suïssos en edat de votar, majors d'edat, la preocupació pels estupefaents disminueix enormement.

Avui en dia es pot dir que és un tractament integrat a l'arsenal terapèutic i que el balanç és positiu.



Fig 9 2020. Evolució de la preocupació pels estupefaents a Suïssa



Obra versionada per Oscar C.,
original de Monet *El hotel des Roches*
Noires en Trouville

LTJ34 La normalització de l'heterodòxia

Paco Giner

PSIQUIATRA. HOSPITAL

Bon dia, o bon vespre, pels assistents al Fòrum de persones, idees i entitats de Barcelona. M'heu convidat a fer una xarrada de 10 minuts sobre un projecte on hi vaig participar fa anys: La prescripció d'heroïna per a heroïnòmans. Era un estudi federal suís multicèntric. Tenia avaluacions longitudinals de l'evolució de les cohorts en tractament. Els metges prescrivien —que no donaven— la dosi diària d'heroïna pura als malalts. El producte estava fabricat en laboratori i era administrat sota control sanitari en els centres de tractament *ad hoc*. Un medicament opioide més per la farmacopea de les addiccions. Això volíem demostrar.

La Divisió d'Abús de Substàncies dels Hospitals Universitaris de Ginebra va decidir comparar el grup de pacients tractats amb diacetil-morfina —que això és l'heroïna— amb un grup control sense ella. Tots dos grups eren de malalts que havien fracassat en tots els tractaments disponibles que havien intentat. La inclusió a un grup o a l'altre fou per atzar. Per aleatorització, per randomització. Férem un assaig clínic. El grup experimental va rebre heroïna prescrita durant 6 mesos. El grup control no, i als 6 mesos podien entrar en tractament si volien. Vàrem mesurar diversos aspectes de la salut i del funcionament psicosocial dels pacients del grup experimental i del control, abans i després dels sis mesos, i comparàrem les diferències de resultat entre grups.

Qualsevol pot llegir l'article publicat al BJM l'any 1998. Vos deixo un link: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9651260/>>

El mèrit és que fórem els primers que gosàrem fer un assaig clínic. Defugírem les veus que ens deien és impossible, no és factible, no és ètic —els toxicòmans rebutjats agrediran el randomitzador, asseveraven els sabuts més saberuts—. No vàrem trobar cap argument de pes per aquella oposició inicial al projecte ginebrí. Les crítiques mostraven els prejudicis mèdics de l'època. La dimonització de l'heroïna. Els narcisismes. Pense que quasi tot és possible amb mètode científic, menys que els humans bramen com a rucs. Per molt que s'entrenen, no ho aconseguiran.

Després, se n'ha fet un bon grapat d'assajos clínics. Com ara el de Barcelona (Miguel Casas, Miguel Del

Rio et al), els holandesos, alemanys, el granadí de l'Escola Andalus de Salut Pública (March, Carrasco et al) i altres. Etcètera. Estan disponibles en els contenidors *on-line* de literatura científica. No en parlaré avui. Fa anys que estic lluny del tema i ja no soc un expert en la matèria. M'he dedicat a altres coses en la vida professional posterior. Com diuen els malalts, soc psiquiatra del Seguro. De la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Hui, la consigna rebuda de Jordi Delàs és: parla d'allò que els que tenen vint anys no poden parlar-ne. Com en la cançó de Charles Aznavour,

Je vous parle d'un temps
Que les moins de vingt ans
Ne peuvent pas connaître

Recorde un llibret de tapes de paper marrons. Pareixia un saldo, una troballa de rastro de diumenge d'algun poblet, una raresa bibliòfila de quatre pessetes, per l'enquadració tan simple que presentava. Era l'informe Mino. La clau de volta. El gallet que va disparar el projecte ginebrí. Coincidia amb els programes federals suïssos en la substància: els heroïnòmans més greus es poden tractar amb heroïna. Diferia en la metodologia científica a usar, com ja he escrit abans. Vos recorde que la Confederació Helvètica és això: una confederació d'estats-cantons. Aleshores, amb l'aval del Govern ginebrí i de l'OMS: avant.

A l'informe, Annie Mino mostrava com a la regió de Merseyside, Liverpool, s'havia tractat la dependència a la heroïna amb èxit. Alguns metges prescrivien heroïna als seus malalts. La dosificaven segons el seu seny clínic, en les condicions que permetien els despatxos mèdics, privats, i els pacients vivien. No es morien de la SIDA, o per suïcidi, com sí que ho feien molts dels consumidors de cavall del mercat negre. Mino insistia en les mancances metodològiques per a fer fiable i reproduïble aquell treball —agosarat i valent— dels col·legues anglesos.

Llig-te'l, l'informe de tapes beis. Això em va dir un vendaval amb forma humana, mentre em passava pel costat com un oratge d'estiu i em posava a la mà un ob-

jecte menut. Eren el llibre i la pròpia autora, l'enyorada Doctoresa Annie Mino. Estàvem a l'inici de setembre de 1995. Jo tornava ben moreno de vacances, de Dénia, i Empar, la meua esposa, anava a parir per l'octubre. Havia d'acabar la tesi. Eren els temes que m'ocupaven. Annie, morena jueva de sí, volava pel corredor de la Unitat de Salut Mental de la rue Verte de Ginebra. Va afegir: Pour hier. Això és el que va respondre a la tímida pregunta que li vaig posar: Per a quan he de tindre'l llegit? Per ahir. Tu part demain, a Berne, va dir. Fer quoi? vaig gosar de murmurar-li. Tu prends en charge le PEPS.

Traduïsc. Demà te'n vas a una reunió a Berna amb la Direcció i els responsables de cada programa de prescripció d'heroïna suïssos. No et deixes embolicar. Tindràs traductor.

Havia de defendre que nosaltres, els ginebrins, no sols parlàvem francès en una reunió on tots els altres parlarien alemany, sinó que faríem un assaig clínic. Tractaríem la prescripció d'heroïna amb la mateixa metodologia que li demanàvem a qualsevol altre medicament.

Miquel Del Río Meyer parla alemany, vaig dir, al llamp menut que s'envolava cap a altres menesters. Se'n torna a casa, va contestar ella, d'esquenes. Es va girar i em va dir: la secrétaire, la police du quartier, le chef d'infirmiers et autres, toi, alez jeter un coup d'oeil au centre. La secretària personal d'Annie, el cap de policia local del barri des Eaux Vives de Ginebra, el cap d'infermeria i no sé qui més, eixe vespre, anàrem a supervisar un local. Una planta baixa pintada de blanc, situada entre edificis de pisos habitats per gent normal i corrent, havia estat designada per a contenir el programa de prescripció d'heroïna ginebrí. En ple barri de les Aigües Vives, un dels més populars. Al barri, podies trobar-te un lloc on menjar-te un doner-kebab dempeus a la vorera. Com un bar tot just davant del centre —li direm PEPS— on el patró et feia un arròs amb xoriç que volia anomenar-lo paella. Bon vi blanc i millor llobarro a la sal, això sí. Eaux-Vives s'estén entre la rue de Rive de les botigues Armani, Cartier, Rolex, els grupets de dones en burka de luxe, rodejades de guardaespalles, que hi entraven i eixien dels magatzems i, avall la costera, el llac. El centre PEPS estava tot just a uns dos centenars de metres del xorro d'aigua tan famós. El jet, els cignes, la humitat quasi eterna i l'inici de l'autovia que, un dia, ens portaria tots quatre a casa. Mentre, tot hi era al barri. Obrers ben pagats, metges normalets com nosaltres, dentistes, notaris, mestres i funcionaris de l'Ajuntament, del Cantó i dels Serveis Socials, i un fum de gent de diversa procedèn-



cia. Vaig recordar que el seixanta per cent dels ginebrins érem estrangers.

Empar anava a parir, i jo havia d'acabar la tesi doctoral. Tindríem la segona filla, criaríem la primera, però ens hauríem d'atansar uns anys més dels previstos per Ginebra. El PEPS —Programme Expérimental de Prescription d'eStupéfiants— havia de nèixer i començar a caminar. Quan va correspondre, ens en tornàrem al lloc des d'on vos escric ara: Silla, a l'Horta-Sud del País Valencià.

A l'endemà, les parpelles em pesaven més de l'habitual. Havia dormit poc. Vaig anar a Berna en tren. Al soterrani de l'estació n'hi havien sales de reunió. Eren les nou del matí i vaig entrar al saló de conferències previst per l'esdeveniment: la presentació oficial dels projectes. Un grapat de gent al voltant d'una immensa taula ovalada. La reunió fou en alemany. M'alcí del seient i, amb el braç enlaire, demaní LE TRADUCTEUR, S'IL VOUS PLAÎT. El francès a fort accent mediterrani va fer arrufar algun nas. Els ulls d'altres col·legues s'entretancaren. Pel mig del silenci, vingué la pròpia presentadora, va aconseguir una cadira i s'asse-

gué al meu costat. Des d'allí moderava, i traduïa de tan en tan. Jo no entenia ni xufa del que els altres col·legues deien. Per remarcar la presència de l'única delegació francòfona que hi participava, em torní a alçar del seient i preguntí no recorde què. La traductora em va traduir, i em contestaren ganyotes serioses, celles alçades sense cap rictus facial i una veu en alemany d'un senyor major. Molt educat, va fer esforços per a no mirar-me. Em vaig posar un caramel sense sucre a la boca i vaig respirar de diafragma. De tan en tan, somreia a la traductora, em netejava el baf gelat dels vidres de les ulleres —era estiu— i feia com si prenguera notes a estilogràfica Mont Blanc. Me l'havia regalat la meua dona. No teníem iPads ni Notes al mòbil. Ni mòbil.

A l'hora i mitja en punt del debut va acabar la reunió. Tothom agafà el tren previst per l'organització i tornà al seu lloc de treball. M'enfilava per la línia recta de la via mentre travessava els prats, i em maleïa de no portar al damunt el llibret a tapes molles de l'informe Annie Mino. Tampoc duia a sobre les agulles de vudú. Altra veu interna em deia que era pragmàtica, la societat helvètica. Optimitza els llocs i el temps.

Quan vaig aplegar a Ginebra me'n vaig anar de cap al despatx de l'Annie. Madame! vaig cridar. No vaig poder continuar. Tu comence dejà! Comences ara. Al teu aire, però el Protocol és sagrat. Tu connais les objectifs. Allons-hi. Volia dir que em deixara de bajanades i que començara a treballar.

Vàrem fer la llista de candidats a l'assaig. Em va ajudar una de les millors infermeres de Salut Mental que mai no he conegut, i de la qual he oblidat el nom. Havíem de cridar els pacients, voluntaris, fer-los vindre al PEPS a data i hora fixada i avaluar cadascú segons el protocol de recerca. Fet i fet, informàrem per telèfon fixe a Thomas Perneger, especialista en Salut Pública. Senyor metodòleg: l'aleatorització pot començar. Un

programa informàtic, un sorteig, decidia si el pacient entrava al grup experimental i rebia heroïna injectable —diacetil-morfina pura— o anava al grup control. En aquest darrer cas, hauria d'esperar 6 mesos. Males cares, algun renec i molta resignació. Quasi tots els pacients control esperaren el mig any i vingueren a fer-se tractar. Cap dels tractats amb heroïna d'inici va agafar la Sida ni la VHC + —la malaltia de transmissió endovenosa i sexual que feia estralls a aquella època— contra alguns del grup control. Emmalaltiren mentre esperaven. Ho sent. Si voleu, seguiu l'enllaç i llegiu l'article.

L'aleatorització era factible i el tractament eficaç. Ni l'heroïna ni nosaltres érem el dimoni. La diacetil-morfina intravenosa se comportava com qualsevol altre medicament. Només havia de ser pura, no adulterada, fabricada en laboratori i administrada dins del marc d'una assistència sanitària reglada. Formal. Sense cap risc d'infecció ni de sobredosi no assistida. Ni cap necessitat de delinquir per aconseguir el cavall o de prostituir-se.

A dia de hui, el programa d'heroïna és una assistència sanitària més dels serveis que procura la Divisió d'Abús de Substàncies de Geneva.

És a dir, ho férem. Va nèixer la segona filla, Eva, i va créixer la primera, Sara. Vaig acabar la tesi doctoral. Un col·lega psiquiatra i amic, Miguel Marset, em va substituir al PEPS. I nosaltres ens en vinguérem a casa. Un col·lega de València em va sentir parlar de l'informe Mino i me'l demanà. Li'l vaig deixar. El recorde, al llibre de tapes molles i marrons, i me n'adone de tot allò que altres m'han donat a mi. Avui és l'aniversari d'Empar, la meua esposa: aquest escrit és el meu regal. Igual que és un regal per a mi compartir alguna espurna d'aquells moments amb vosaltres. Vos ho agràisc. Sou els que guardeu el caliu de la mateixa espurna d'adés: la del risc sota mètode. Fins sempre.

LTJ35 La heroína, un medicamento que ha ayudado a mejorar la salud de la ciudad de Granada

Dr. Joan Carles March

ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA

<[HTTPS://GRABACIONES.EASP.WS/ZOOM/2022/5/FC8399B2-E55F-40CC-929I-4306803F4775.MP4](https://grabaciones.easp.ws/zoom/2022/5/FC8399B2-E55F-40CC-929I-4306803F4775.MP4)>

El tratamiento farmacológico controlado con heroína que se está llevando a cabo en Granada desde hace casi 20 años, en la misma línea que lo hacen otras ciudades de importantes países como Suiza, Holanda, Alemania, Inglaterra, Dinamarca y Canadá, determina un beneficio importante para la salud y la calidad de vida de los heroínómanos. Y además, a nivel social, las personas drogadictas se vuelven a insertar en el ámbito social y laboral, su autoestima aumenta y la estabilidad psicológica se restablece. Un verdadero éxito personal y social que ha ayudado no solo mejorar la salud y calidad de vida de los heroínómanos y sus familias, sino del conjunto de la ciudad, al disminuir de una forma muy importante (un 1.700%) la delincuencia.

¿CÓMO NACIÓ EL PROYECTO?

El estudio de prescripción de heroína como medicamento, el Proyecto Experimental de Prescripción de Estupefacientes en Andalucía (PEPSA) promovido por la Junta de Andalucía, ha sido el tercer ensayo clínico del mundo tras Suiza y Holanda. En él, los participantes en el grupo experimental recibieron diacetilmorfina (heroína) inyectada, dos veces al día, más metadona oral, una vez al día, durante 9 meses. El grupo control recibió solamente metadona oral, una vez al día. Ambos grupos mejoraron a los nueve meses. Pero el grupo que recibió el medicamento heroína mejoró más que el grupo de metadona en su estado de salud general y en las conductas de riesgo favorecedoras del VIH. Además, este grupo experimental disminuyó el uso de la heroína de la calle pasando de 25 días por mes a 8, así como el número de días libres de problemas relacionados con el consumo de drogas o implicación en actividades delictivas. Y esto, al igual que los demás estudios realizados en otros países, lo han reflejado las mejores revistas médicas del mundo.

Actualmente, más de 20 personas se mantienen en uso compasivo de heroína en Granada, dentro del programa de seguimiento de pacientes del PSP-PEPSA, junto a los casi 2.500 en todo el mundo.

OPCIONES DE TRATAMIENTOS

Los tratamientos para las personas adictas a la heroína son diversos y van desde la psicoterapia a tratamientos sustitutivos, estrategias de reducción del daño y a la integración social. Las intervenciones terapéuticas se han realizado en gran parte desde el ámbito sanitario y/o social. Los tratamientos propuestos más conocidos son la desintoxicación, con un índice de éxito muy bajo, y el mantenimiento con metadona, iniciado en España en la década de los noventa que neutraliza el síndrome de abstinencia, suprime la ansiedad, mejora la salud y la conducta social con una amplia red asistencial de tratamiento de drogas en España, especialmente de metadona.

Ante el hecho de que algunas personas no consiguen resultados con la metadona u otros tratamientos disponibles, se planteó hace años, la necesidad de buscar otras alternativas. Una de ellas es la administración controlada de heroína. Varios países optaron por estudiar de manera experimental el tratamiento asistido con heroína, con el objetivo común de determinar su valor terapéutico. Es el caso de España (Granada), Canadá, Alemania, Holanda, Suiza y Reino Unido, que han demostrado la fiabilidad, seguridad y efectividad de la administración controlada de heroína como medicamento.

MARCO DE TRATAMIENTOS

La prescripción de drogas de sustitución, junto con un soporte psicosocial, es una parte integral de un

abordaje para tratar la dependencia a la heroína. La evidencia habla de que las drogas de sustitución como la metadona, la buprenorfina o la heroína ayudan a estabilizar y a mejorar el estado de salud de las personas dependientes.

La dependencia a opioides es una enfermedad de origen multifactorial, de curso crónico y con frecuentes recidivas por lo que su abordaje terapéutico necesita de una estrategia multidisciplinar.

Hoy en día la metadona (en España, a diferencia de otros países europeos, prácticamente ha sido el único agonista opioide utilizada) y la buprenorfina (cada vez más utilizada) son las respuestas más utilizadas en el abordaje de estos pacientes, aunque ya hay más de 2.500 pacientes en el mundo que toman heroína como medicamento.

Aunque el tratamiento con metadona debe seguir estando disponible, existe un grupo considerable de pacientes (alrededor de un 25%) en los que la opción más apropiada es otra: pacientes con una pobre tolerancia a la metadona, aquellos que fracasan en los programas de metadona o que son reticentes a ellos debido a sus implicaciones estigmatizantes, pacientes en los que la metadona supone un mayor riesgo al habitual,La mayoría de los países incluyen básicamente metadona y buprenorfina entre los tratamientos disponibles, mientras que la heroína se utiliza como medicamento en Suiza, Holanda, Alemania, Reino Unido, Dinamarca, Canadá y España (Sólo en Granada).

Hasta ahora la percepción de los pacientes que toman metadona es:

- se sienten vulnerables, quieren ser mejores, quieren tener una vida normal, quieren no engañar más, se sienten orgullosos de haber tomado la decisión de dejar las drogas y de ser capaces de superar esta difícil situación, se consideran enfermos, expresan una fuerte intolerancia y rechazo hacia los que siguen enganchados y no intentan dejarlo, tienen temor y reticencia por miedo a “engancharse” y al “atontamiento” que la metadona les pudiera producir, ... o que reciben heroína:
- mejor percepción de su salud física y psíquica, tranquilidad psíquica, seguridad en uno mismo, posibilidades de comunicación con otros o fortaleza para afrontar la vida diaria, estabilidad psicológica en el estado de ánimo y en la manera de relacionarse con otras personas, ilusión que perciben para hacer cosas, para encarar la vida en general, poder pensar mejor, mayor fuerza, más despierta, con mejor conexión con la realidad que les rodea,

más espabilada que antes, mejoría en el cuidado personal en las pautas de higiene y aseo, menor consumo de alcohol, mejoría física, FORTALEZA FÍSICA, recuperación de los ritmos fisiológicos: alimentación, sexuales, vigilia-sueño...

A estos he añadido la visión de los que toman Buprenorfina/naloxona. Y hay unanimidad en que con Buprenorfina/naloxona:

- “se te quita la abstinencia y no te da la sensación de estar colocado y por tanto estás más atento, estás mejor y además la abstinencia física te la quita”, “estás mucho más despejado, la cabeza más lúcida que cuando tomaba metadona”.

Dicen tener sensaciones muy positivas:

- “Salgo a la calle con sensaciones agradables, estoy contento, tomo mis cervezas, quedo con alguien, voy a la biblioteca, juego a fútbol, tomo mi café, veo la televisión, me ducho y ceno, el sueño lo cojo bien, duermo bien. Estoy como hace tiempo no estaba. Hablo bien y soy yo como yo soy normalmente, sin estar embotado ni tener la sensación de tan eufórico”.

Sobre las relaciones sociales y familiares comentan:

- “La gente que me conoce dice que parezco otro, está la familia muy contenta con ahora y antes la metadona iba peor, era diferente”

El uso de opiáceos mientras toman buprenorfina, cambian con respecto a cuando tomaban metadona:

- “No tomo nada desde que tomo Buprenorfina/naloxona”

La mayoría dicen que dejan de tomar otros tratamientos habitualmente:

- “Antes tomaba tranquilizantes y ansiolíticos y anti-depresivos y benzodiacepinas, pero ahora no”.

Además comentan que hacen ejercicio físico y físicamente se sienten mejor. La normalidad de ir a la farmacia a comprar Buprenorfina/naloxona y no ir a un centro también ayuda a normalizar. También dicen que han mejorado las relaciones sexuales aunque no todos, pero si la mayoría comentan que han mejorado en sus comidas.

PERO, ¿Y EL FUTURO?

Necesitamos alternativas terapéuticas para los heroínómanos,... , junto a presentaciones diferentes, más dispensación en oficinas de farmacia para conseguir, entre fármacos, ejercicio físico, trabajo y conexión con entornos más normalizados, una vida más normalizada, una vida mejor.

La actuación para mejorar la calidad de vida de los adictos a opiáceos no debe finalizar con la intervención farmacológica en este caso heroína inyectada, sino que hay que diversificar con heroína oral y además incorporar actividades coadyuvantes a los tratamientos medicamentosos: apoyo psicológico, social y legal, junto a la actividad física y deportiva o la inclusión digital que aseguren la evolución positiva del paciente y de sus lazos familiares, sociales y económicos: estos pacientes crónicos lo necesitan.

NECESITAMOS HEROÍNA COMPASIVA EN TODA ESPAÑA YA

Pero el proyecto PEPSA, ensayo clínico donde comparábamos heroína y metadona junto con apoyo psicoeducativo y social en los dos grupos, realizado en Granada, sigue tras casi 20 años como tratamiento compasivo en el Centro donde se desarrolló el proyecto (Hospital Virgen de las Nieves). Curioso que tras 20 años no se haya avanzado en la fórmula legal y a pesar de los buenos resultados del ensayo clínico que fueron publicados en varias revistas internacionales de prestigio. Como en todo proyecto que genera un tratamiento compasivo, se van introduciendo nuevos pacientes que deben cumplir los mismos criterios de elegibilidad que se tenía en el periodo del ensayo clínico. Y eso es lo que se ha hecho en Granada.

En estos casi 20 años de proyecto, han entrado y salido participantes en el proyecto que se ha ido consolidando, aunque sin conformar el proyecto que los que lo iniciamos, queríamos.

Hoy en día, cualquier persona que cumpla los requisitos del ensayo clínico en cualquier lugar de España, puede recibir el tratamiento de diacetilmorfina como hacen los pacientes de Granada.

Y lo único que ha ocurrido en estos 20 años es que el único sitio de España donde se ha seguido dando heroína como tratamiento es Granada. Una pena sin duda.

Hace unos años, con el anterior gobierno socialista, realizamos con el jefe de servicio de farmacia del hospital Virgen de las Nieves, un proyecto que favorecía la continuidad del proyecto en toda Andalucía, con un cambio claro en la definición del proyecto en Granada, en la que planteamos que pasara a depender de dicho servicio. Lo presentamos a la dirección del hospital, al que le pareció bien la iniciativa. A partir de ello y de las conversaciones con la Consejería en Sevilla, la idea no continuó.

Posteriormente, estando yo en la dirección de la Escuela Andaluza de Salud Pública, lo volví a intentar en conversaciones con la dirección gerencia del Servicio Andaluz de Salud y la dirección asistencial. A pesar de que avanzamos no cerramos el proyecto. Cambiaron los actores en los diferentes sitios y el proyecto volvió a quedar en nada. Mientras se seguía dando heroína como tratamiento compasivo en el centro de especialidades del hospital de Traumatología y rehabilitación del Hospital Virgen de las Nieves. En esta legislatura, con el PP en el gobierno, ha habido un acercamiento sobre lo que yo pensaba que era lo más adecuado para la continuidad del proyecto y he vuelto a sacar los papeles del proyecto que realizamos con el servicio de farmacia del Hospital. Y otra vez ha quedado en nada. Se sigue con el tratamiento compasivo pero sin una visión clara de futuro.

Y yo me pregunto: por qué no hay médicos, por cualquier pueblo, provincia o CCAA que se plantee o haya planteado, siguiendo los criterios de inclusión del ensayo clínico PEPSA, dar heroína como medicamento?

Necesitamos retomar la causa, para poder conseguir que quienes puedan necesitar este tratamiento que resulta eficaz y seguro pueda darlo a cualquier paciente que lo necesite. Estamos a tiempo, a pesar de haber pasado 20 años. Que no pasen otros 20 antes de que se use la heroína como medicamento en cualquier punto del país. Lo necesitan ya.

ESPAIS DE CONSUM

LTJ36 Intervenció comunitària en casos d'alta complexitat a Ciutat Vella. Barcelona

Noelia Girona, Sonia González, Gemma Balaguer, Daniel Roca, Aingeru Rincón, Marina García, Anna Lago, Diego Aranega, Josep Rovira, Amaia Garrido

ASSOCIACIÓ BENESTAR I DESENVOLUPAMENT

La ciutat de Barcelona compta amb programes d'atenció a drogodependències des de la dècada dels 80, apostant per la implementació de sales de consum supervisat a 2001. Aquestes s'implementen amb l'objectiu d'acompanyar des d'una perspectiva comunitària a persones usuàries de drogues en actiu en la millora de la seva situació social i de salut, i incidir en morts evitables per sobredòsi així com en la disminució en la incidència de malalties transmissibles com l'VIH i l'VHC. Es a 2004 quan obre la Sala Baluard, servei de reducció de danys actualment de l'Agència de Salut Pública de Barcelona gestionat per l'Associació Benestar i Desenvolupament.

Des del seu inici, els serveis de reducció de danys de la ciutat disposen d'equip multidisciplinar vetllant per una atenció integral sota una perspectiva comunitària. Per garantir atenció a totes les persones usuàries de drogues per via injectada i inhalada, la Sala Baluard obre un espai d'inhalació assistida (EIA) de forma pionera a la ciutat.

Amb el pla d'acció sobre drogues 2009-2012 de Barcelona, la ciutat implementa el model integral d'atenció a drogodependències. Aquest model contempla programes de reducció de danys i programes de tractament en un mateix servei. A 2022 CAS Baluard com a centre integral disposa d'un equip multidisciplinar format per 51 professionals.

NOVA TENDÈNCIA DE CONSUM AL CAS BALUARD.

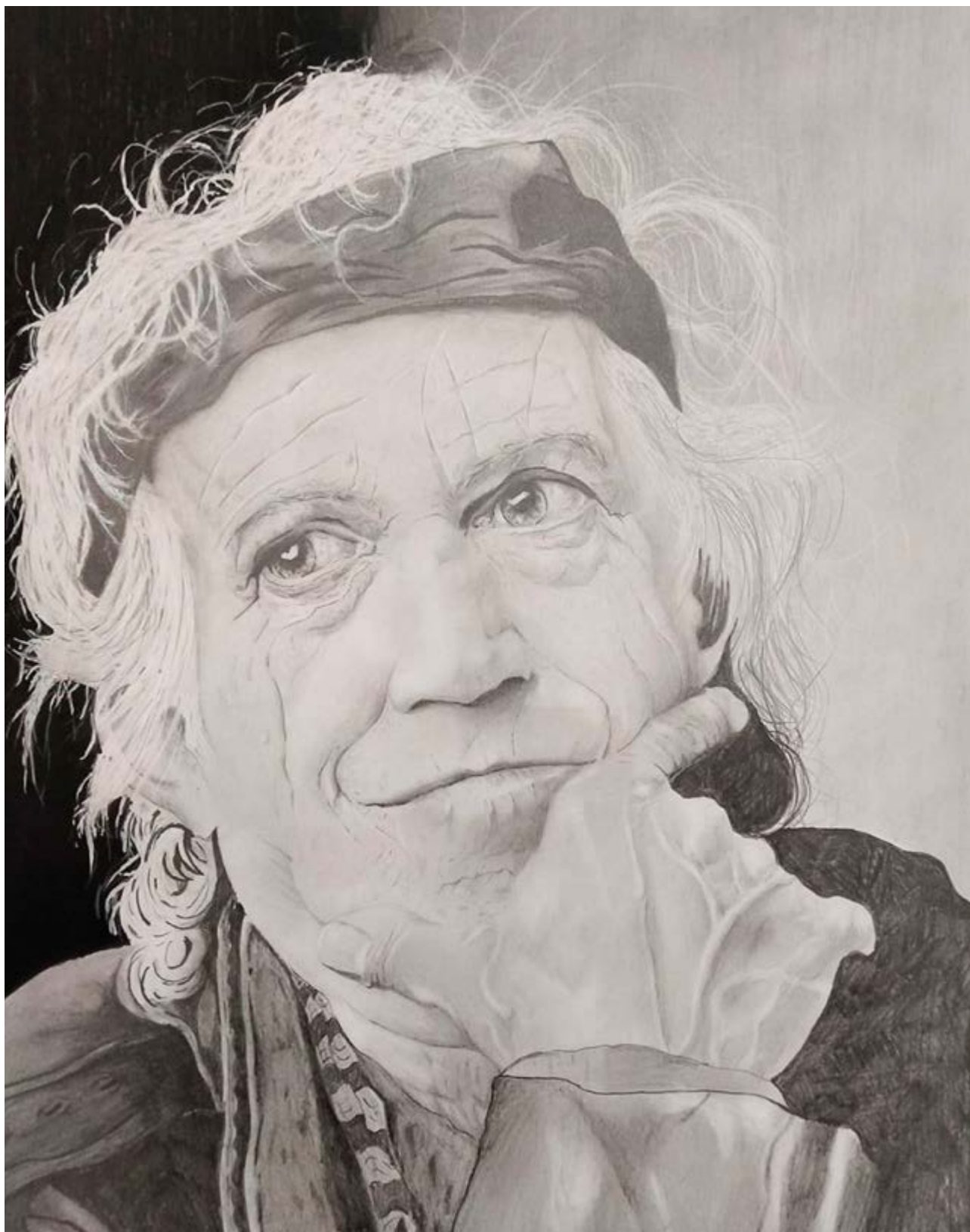
Actualment l'àrea de reducció de danys del CAS Baluard aten a persones usuàries de drogues en actiu, majors d'edat i que presenten com a vies principals de consum la injectada o inhalada. Les substàncies principals presents a sales de consum són heroïna, cocaïna i metamfetamina. Durant l'any 2021 s'han atès 2448 persones diferents de les quals un 12% han estat dones. El 43% de les persones ateses es troben en situació de sostre inestable i/o sensellarisme i el 23% de les

persones usuàries reporten un d'estimulants generant la via inhalada el 44% de consums del servei.

En els últims anys, es detecta un augment en les persones usuàries que reporten ús de metamfetamina inhalada i amb objectiu de garantir-ne la qualitat d'atenció, el servei genera estratègies de captació, atenció i vinculació tals com el programa de distribució de parafernàlia per consum inhalat. Es al llarg del 2021 quan es registra un important augment de la presència i consum de metamfetamina a l'EIA, sent consums que comporten major temps d'ús, major espera per accés a les sales de consum supervisat amb el conseqüent augment de la presència de consum en via pública i en espais de risc, augment de les situacions amb càrrega de violència amb presència de persones usuàries de metamfetamina, risc associat de psicòsi induïda al consum i manteniment d'aquesta i important desestructuració en rutines i hàbits relacionals i de maneig d'impulsos i del consum. L'alta presència de la metamfetamina entre les drogues d'ús de les persones usuàries i la disponibilitat de mercat reportada per aquestes, suporta més de 2000 consums de metamfetamina registrats a l'EIA durant els 5 primers mesos de 2022 reflexant un augment de més del 275% en la presència d'aquesta substància a sales de consum supervisat del CAS Baluard. Es important remarcar la presència de dones i d'homes que practiquen chemsex entre el grup de persones usuàries de metamfetamina que acudeixen al servei com a col·lectius d'especial risc.

CASOS D'ALTA COMPLEXITAT.

Entenem per cas d'alta complexitat aquell que presenta un procés vital complex amb situació de vulnerabilitat i presència de consum actiu de substàncies psicoactives, possible patologia dual amb dificultats d'adherència a tractament i afectació en les habilitats socials i relacionals que genera alt impacte en la comunitat



Associat a aquest augment en la presència i l'ús de la metamfetamina i a les dificultats en l'accés a recursos sociosanitaris, es registra un important augment de casos complexos que generen impacte a via pública i als serveis de reducció de danys. Aquest impacte ve condicionat per la dificultat de maneig dels casos complexos que presenten psicòsi induïda per l'ús de metamfetami-

na que poden presentar situacions d'alta càrrega de violència i patiment en context no hospitalari. La limitació d'atenció des dels serveis REDAN associada a barreres estructurals i sistemàtiques conclou en que alguns casos no puguin accedir als serveis com a conseqüència de situacions amb alta càrrega de violència vinculades en gran nombre al patiment de la persona.

Els casos d'alta complexitat generen un alt impacte en la comunitat sent necessària la implicació dels diferents agents comunitaris i de salut en el seguiment del cas i el disseny estratègies per garantir-ne una atenció de qualitat. Es l'Equip d'Intervenció Comunitària (EIC) amb el suport de l'equip multidisciplinar qui lidera la intervenció de monitorització, seguiment, atenció i contenció d'aquests casos d'alta complexitat.

ACCIONS I ESTRATÈGIES.

Sent una nova tendència, actualment existeix una important limitació de bibliografia i experiències prèvies que puguin establir un marc teòric i línia estratègica per garantir una atenció de qualitat als casos d'alta complexitat.

Des del CAS Baluard s'han establert diferents accions i estratègies per incidir en el maneig dels casos d'alta complexitat per garantir l'atenció a aquestes persones. Les estratègies agrupen des de la monitorització de la nova tendència, la capacitat de l'equip professional en atenció a persones consumidores de metamfetamina i psicòsi induïdes, facilitar i garantir la cura psicològica de l'equip professional, el disseny de protocols específics, la creació interna de grup multidisciplinari de professionals especialitzats en atenció a persones usuàries de metamfetamina, la cerca d'assessoria amb experts nacionals i internacionals i la participació en reunions i grups de treball de casos d'alta complexitat entre d'altres.

Amb l'objectiu d'adaptar prestacions i garantir una atenció de qualitat a les persones consumidores de drogues des d'una perspectiva integral, cal incidir en el deure de resposta per part del sistema sociosanitari vers els casos d'alta complexitat.

CONCLUSIONS

En els últims anys i en especial a 2021-2022 es registra un canvi en la tendència de consum on la via de consum injectat i inhalat registren activitat de forma equitativa i es consolida la presència d'estimulants i en especial de la metamfetamina.

Els programes de reducció de danys tenen d'entre altres, la missió d'adaptar les seves prestacions a la realitat i noves tendències presents en la població usuària de drogues. Aquesta nova tendència i l'augment de casos d'alta complexitat associats, fan imprescindibles revisar els programes REDAN amb l'ampliació d'espais

d'inhalació assistida (EIA) al territori. També generar marc teòric, línies estratègiques, protocols específics i sistemes de còdis d'emergència per garantir una atenció de qualitat als casos d'alta complexitat amb l'objectiu de facilitar l'accés al sistema sociosanitari d'aquestes persones afavorint la possibilitat de millora així com la reparació de l'impacte comunitari associat.

Adaptar les prestacions dels serveis de reducció de danys segons població diferencial en l'ús de metamfetamina, passa per tenir en compte la perspectiva de gènere i homes que tenen sexe amb homes i practiquen chemsex com a grups amb major càrrega de vulnerabilitat.

Es imprescindible remarcar la importància de generar estratègies tenint en compte la comunitat donat l'alta càrrega d'estigma, l'impacte subjectiu i l'alarma social associats als serveis de reducció de danys. Introduir la participació comunitària i a les pròpies persones usuàries en el disseny d'estratègies de millora i gestió d'impacte facilitarà l'acceptació comunitària.

BIBLIOGRAFIA

- Brugal MT, Guitart AM, Espelt A. Pla d'Acció sobre Drogues de Barcelona 2009-2012. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2009.
- Changes in illicit, licit and stimulant designer drug use patterns in South-East Hungary between 2008 and 2015. Zsófia Árok, Tamás Cseztregi, Éva Sija, Tibor Varga, Éva M Kereszty, Réka Anita Tóth, László Inátióris. Leg Med (Tokyo). 2017 Sep;28:37-44. doi: 10.1016/j.legalmed.2017.07.001. Epub 2017 Jul 8.
- Informe europeo sobre drogas. 2021. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA Papers. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Methamphetamine Use and Violent Behavior: User Perceptions and Predictors. Mary-Lynn Brecht and Diane Herbeck. J Drug Issues. 2013 Oct; 43(4): 468-482.
- The prevalence of substance-induced psychotic disorder in methamphetamine misusers: A meta-analysis. Lecomte T, Dumais A, DugréJR, Potvin S Psychiatry Res. 2018;268:189. Epub 2018 May 17.
- Methamphetamine-associated psychosis. Grant KM, LeVan TD, Wells SM, Li M, Stoltenberg SF, Gendelman HE, Carlo G, Bevins RA J Neuroimmune Pharmacol. 2012 Mar;7(1):113-39. Epub 2011 Jul 5.
- Attempted Suicide with Intravenous Methamphetamine and Chemsex. Daniel Garcia-Fuentes, Ester Paula Fernández-Fernández, Núria Planet Nielsen, Enric Batlle De Santiago, Eloi Giné-Servén, Jose Cañete Crespillo. Case Reports. Rev Colomb Psiquiatr (Engl Ed). 2020 Nov.

LTJ37 Importància del *Calor i Cafè* en el treball en persones usuàries de drogues

Rubén David Borrás Torres

INTEGRADOR SOCIAL. PARC DE SALUT MAR. LA MINA

El treball amb les persones usuàries de drogues es desenvolupa en diversos espais i circumstàncies, els Programes d'Intercanvi de Xeringues (PIX), els espais de venopunció segura, al carrer, però també en els espais de Calor i Cafè i en aquesta breu ponència es vol destacar la rellevància de realitzar una tasca d'acompanyament, seguiment, col·laborativa i/o educativa en aquest tipus d'espais.

El fet que les persones que utilitzen drogues puguin compartir un espai en el preconsum o el postconsum, o simplement durant l'estona que elles vulguin, ens permet una feina no només de detecció de qüestions relacionades amb les drogues, sinó també un acostament cultural, social i personal.

És evident que en el preconsum, disposar d'un espai tranquil, on disposar d'elements d'entreteniment, l'acompanyament d'una conversa o simplement un espai de tranquil·litat, pot fomentar l'atenuament de la simptomatologia de la síndrome d'abstinència. Per altra banda, en el moment postconsum, el fet de disposar d'un espai amb professionals qualificades millora la seguretat de les persones usuàries davant possibles efectes adversos de les substàncies consumides. També moltes d'elles refereixen que viuen l'espai Calor i Cafè com un espai de llibertat, ja que acostumen a ser espais amb normativa més laxa que la dels espais de venopunció.

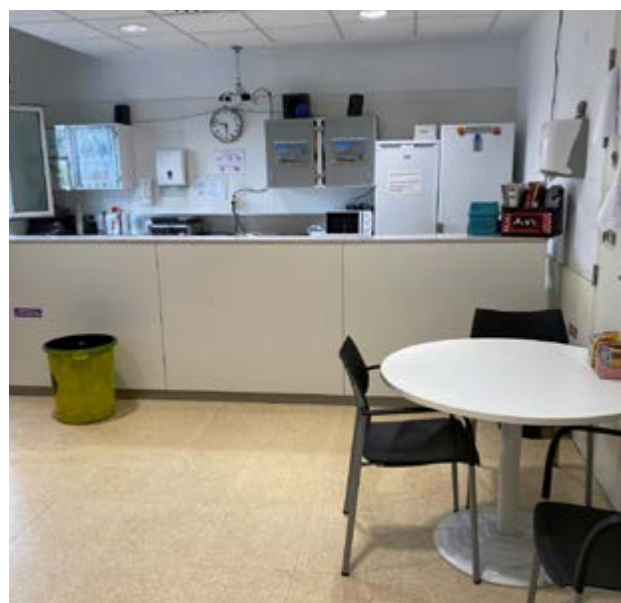
CALOR I CAFÈ EN "LA MINA"

Però com a professionals en l'àmbit, que vol fomentar l'autonomia de totes les persones, que busca el treball des del vincle i no des de la imposició no només ens podem quedar amb el treball que es realitza abans i després del consum sinó que hem d'anar més enllà. Tenim d'alguna forma l'obligació de ser transmissores i receptores de cultura, de coneixement i de motivació en les persones amb les quals treballem. Tenim múltiples eines per aconseguir els nostres objectius, la realització de tallers, la utilització d'eines multimèdia, la interacció des del joc, el debat o enraonar en relació amb els coneixements, gustos i/o preferències de la persona que tenim al davant.

Busquem un enfortiment del vincle i la confiança usuari-professional que no sigui unidireccional, sinó que la persona professional ha de posar a disposició de la usuària els seus coneixements i sabers i ha d'estar disposada a obrir-se a aquells coneixements i sabers que la persona usuària estigui disposada a aportar. Simples accions com sentir les notícies en l'idioma nadiu, o una cançó dels anys 80, el taller de cinefòrum o el resum de les millors accions de l'esdeveniment esportiu del qual la persona usuària n'és seguidora, transporta a professional i pacient a un espai de coneixement i participació però també de col·laboració mútua.

Tot això descrit activa d'alguna forma una de les tasques també fonamentals en el nostre àmbit com és la detecció i el seguiment de les diverses problemàtiques que aquestes usuàries puguin tenir en termes conductuals dins, però especialment a fora del centre a escala social, mèdic, legal, etc. Aquesta detecció ens permetrà oferir una derivació, un acompanyament o simplement una escolta activa.

Finalment, voldria afegir que tenir un espai de Calor i Cafè funcional, dinàmic, inclusiu i ben connectat amb les diverses parts del centre d'atenció a persones usuàries de drogues és bàsic per tal d'assolir objectius que haurien de ser imprescindibles quan ens plantegem les nostres





tasques envers les persones que atensem, autonomia, empoderament, llibertat personal i col·lectiva.

COM ÉS L'ESPAI DE *CALOR I CAFÈ* PER PERSONES USUÀRIES DE DROGUES DE LA MINA?

L'espai del Calor i Cafè és un lloc on les persones usuàries de drogues poden accedir a tenir un lloc de descans, i prendre un petit refrigeri per sortir una mica de la dinàmica del consum. Està obert de 10,15 a 17,30 de dilluns a diumenge. És un espai equipat amb una barra, un microones, una nevera i una planxa elèctrica per escalfar sandvitxos. També disposen de 9 cadires i 3 taules, un suro i un projector.

Les activitats que organitzem són diverses, ara mateix activament tenim, el projector on cada dia es projecten documentals, clips musicals o esportius que oferim els i les professionals, però també a demanda de les persones usuàries. També es realitzen partides d'escacs, emmarcades en una lliga trimestral, partides de dòmino i de parxís. Cada dijous es projecta en format *seriefòrum* alguna de les series de moda del moment. Final-

ment, pel que fa a les activitats és el lloc on es realitzen els tallers mensuals amb les persones usuàries, com el Carnestoltes, el 8 de març, Sant Jordi, etc.

Durant la seva estança poden prendre fins a 3 cafès o 3 sucs, i un sandvitx o 4 magdalenes al matí, al migdia canviem el torn i, per tant, poden repetir. A nivell de normativa intentem que l'espai sigui un lloc tranquil, on quedin els conflictes i problemàtiques a fora. Considerem que per a que l'espai funcioni bé, no es poden dur a terme cap mena de transaccions i que el respecte i la no-violència són fonamentals a l'hora de relacionar-nos. Només es contempla l'expulsió d'una persona usuària quan es traspassen límits d'agressivitat, el tràfic o les faltes de respecte greus.

Segurament una de les qüestions que ens agradaria millorar és l'ampliació de l'horari fins al tancament de tot el centre, donat que per falta de recursos i personal es tanca a les 17.30, quan el centre tanca a les 20.00h.

Els reptes de futur que ens podem plantejar l'any 2022 segurament com a la majoria de recursos és poder tornar per fi a la normalitat després de la pandèmia. Intentant reprendre el contacte directe amb les usuàries i tornant a dinamitzar l'espai com abans de la pandèmia.

LTJ38 La Mina. Centre d'atenció a persones que fan ús de drogues

Noemí González

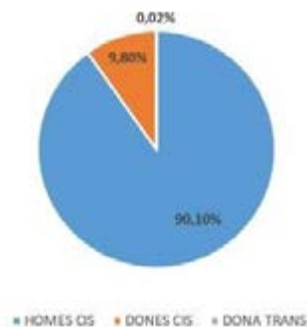
PARC DE SALUT MAR. LA MINA

TRAJECTÒRIA DEL SERVEI

- 1994: Dispensació de material d'injecció pel carrer
- 1998: Programa dispensació de material d'injecció centralitzat a un barracó i cursos de formació per usuaris/es, veïns/es i familiars.
- 2002: Ampliació del centre amb els servei de caliu i cafè.
- 2004: Ampliació del centre amb el servei d'higiene, consigna, taller tutoritzat de venipunció 2013: Trasllet del servei a nous barracons al davant de la comissaria de Mossos d'esquadra. 2017: Integració del servei a l'edifici del CAP de la MINA

PERFIL DE PERSONES QUE HAN FET ÚS DEL CENTRE DURANT EL 2021

1.253 PERSONES ATESES AL CENTRE.



- Persones ateses: 1.253. (1127 homes cis, 125 dones cis, 1 dona trans)
- Mitjana d'edat: trenta-nou anys.
- Lloc de naixement: 51% nacionals, 49% Estrangers, dels quals el 39% població georgiana.
- Ciutat de residència: 82% Barcelona, 3% Sant Adrià del Besòs, 15% altres ciutats.

SERVEIS QUE S'OFEREIXEN

Programa de dispensació de xeringues

- Benvinguda i contracte a noves persones al centre. Dispensació i recollida de material d'injecció.
- Entrega de cubell pel retorn de xeringues segur.
 - Xeringues dispensades: 183.227
 - Xeringues retornades: 9.112



Caliu i cafè

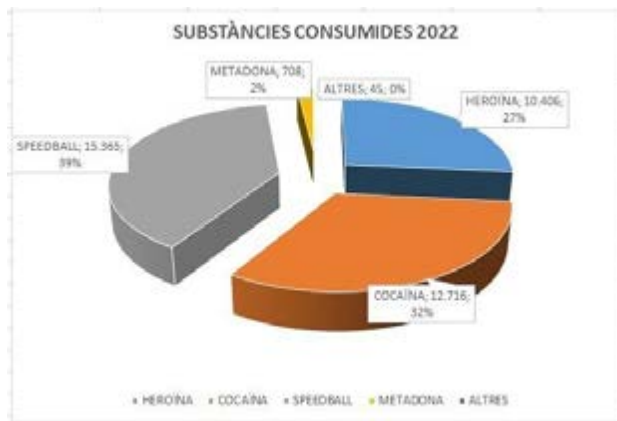
- Servei d'esmorzars i berenars. Detecció de les necessitats de l'usuari. Treball d'hàbits.
- Suport i contenció pre i post consum.
- Activitats i tallers: música, hort comunitari, Cinema-fòrum, visionat de notícies internacionals, Voleibol platja, Futbol, Ping-pong, lliga d'escacs, diades internacionals.
- Jocs de taula, taller de Naloxona, Taller prevenció Hep C., etc.
- Espai per dones (Formacions, sortides, tallers..., etc.).

Taller tutoritzat pel consum

- Oferir un espai alternatiu del carrer pel consum de qualsevol substància injectada o esnifada. (Heroïna, Cocaïna, speedball, metadona, benzodiazepines..., etc)

- Supervisió dels consums perquè es facin d'una manera segura i higiènica. Detecció i atenció a les sobredosis.
- Detecció i atenció a possibles malalties, siguin o no, derivades del consum (VHC, TBC, VIH...). Realització de cures i vacunacions.
- Custòdia i dispensació de medicació.

ANY 2021	CONSUMS	SOBREDOSIS
GENER	2.952	2
FEBRER	2.850	6
MARÇ	3.067	5
ABRIL	2.782	2
MAIG	2.999	6
JUNY	3.670	4
JULIOL	3.854	15
AGOST	3.135	4
SETEMBRE	3.059	5
OCTUBRE	3.564	16
NOVEMBRE	3.973	11
DECEMBRE	3.375	7
TOTAL	39.240	81



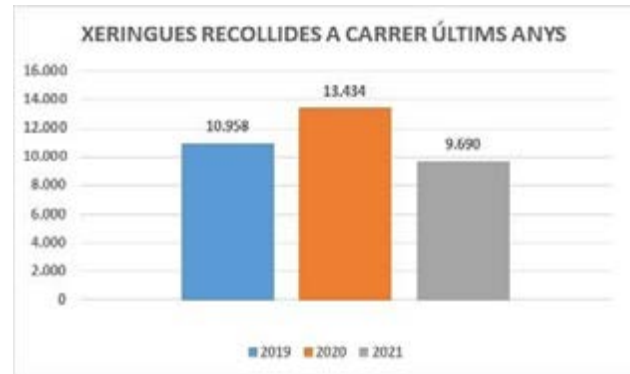
L'any 2021 es van realitzar 39.240 consums i es van atendre 81 sobredosis.

Substàncies consumides: Speedball (15.365 consums) Cocaïna (12.716 consums) Heroïna (10.406 consums) Metadona (708 consums) Altres (45 consums)

Treball comunitari

- Explicació de centre a persones que el desconeixen. Mediació i atenció a les demandes del veïnat.
- Treball amb entitats del barri.
- Recollida de restes del material de consum a la via pública. Detecció de les zones de consum al carrer.
- Detecció i atenció a les sobredosis a carrer.
- Realització de tallers d'estigmatització i drogues per escoles, entitats i veïnat del barri. Taller de recollida de xeringues amb persones del centre

Les xeringues recollides a carrer en els últims anys han estat: 10.958 xeringues al 2019; 13.434 xeringues al 2020 i 9.690 xeringues al 2021.



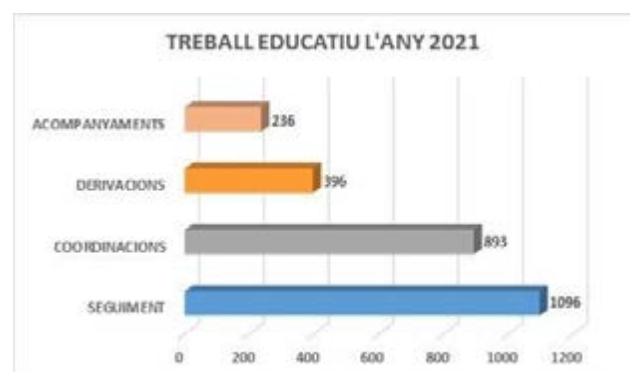
Servei de higiene

- Incidir en la higiene i cura personal.
- Dispensació de material per la higiene (tovallols, sabó, maquinetes d'afaitat, after shave, raspall de dents, pintes, colònia, crema hidratant, compreses, talla ungles... etc.)
- Oferir un espai de consignes per guardar pertinències personals. Entrega de roba.
- Utilització de rentadora i assecadora.

Treball educatiu

- Detecció i suport de les necessitats de les persones usuàries del centre.
- Acompanyar i donar resposta a les demandes: Socials, de salut, judicials...
- Derivacions i coordinacions als diferents serveis de la xarxa social i sanitària.
- Acompanyaments als recursos de la xarxa.
- Tutories de seguiment individualitzat.
- Suport emocional.
- Treball amb famílies.

En la tasca educativa durant l'any 2021 s'han realitzat: 236 acompanyaments, 396 derivacions, 893 coordinacions, 1096 entrevistes de seguiment.



LTJ39 Sala de consumo supervisado CAS Forum Sant Martí

Sandra Agüelo

SECCIÓN ADICCIONES. INSTITUTO DE NEUROPSIQUIATRÍA Y ADICCIONES (INAD)

SALA DE CONSUMO CAS FORUM- SANT MARTI

- Integrada en un centro de tratamiento.
- Adyacente al espacio de “ Calor y café”. Se utiliza como sala de espera y post consumo.
- Personal:
 - 1 Enfermer@
 - 1 Educador/a
 - 1 TCAI
 - 1 Vigilante Seguridad
- Un único espacio de consumo para solo cuatro usuarios a la vez.
- En el espacio de consumo el usuario encuentra:
 - Jeringuillas, agua destilada, cazoleta, filtro, smarch, desinfectante
 - Contenedores de residuos de riesgo
- Cada usuario dispone del espacio de consumo para uso individual y puede estar en él un tiempo máximo de 20 minutos, siempre bajo la supervisión y consejo del equipo de enfermería.

SALA DE CONSUMO CAS FORUM

Otras actividades que se realizan en la sala

- Programa de PIX (Programa de intercambio de jeringuillas)
 - Los usuarios pueden depositar su material usado y llevarse material higiénico, (jeringuillas, agua, smarts, alcohol, filtros, plata para el consumo esnifado etc.)
- Educación sanitaria dirigida a mejorar y promover hábitos saludables.
- Talleres remunerados de recogida de material usado en las inmediaciones de la sala (Agència de Salut Publica)
- Entrenamiento en detección e intervención en casos de sobredosis (Agència de Salut Publica).
- La sala dispone de algunos alimentos básicos, (galletas, tostadas, leche, zumos, café ...)

VENTAJAS E INCONVENIENTES

Ventajas

- Integrado en un Centro Hospitalario → personal sanitario, médico de guardia, psiquiatra...
- Forma parte de un CAS integral → Acceso directo a tratamiento.
- Sala de consumo considerada por parte de los usuarios como un “espacio de consumo tranquilo”.
- Con los años aceptación por parte de los vecinos.

Inconvenientes

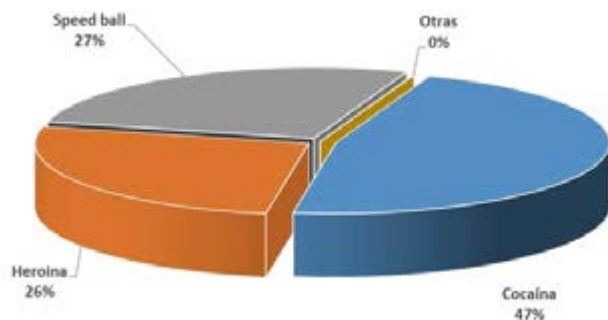
- Basado en sistema médico que no siempre gusta a los usuarios.
- Dimensiones pequeñas → “cola” a la hora de consumir, no es posible realizar grupos, no hay duchas, etc...
- Cercanía sala de consumo La Mina (con más puntos de consumo, más actividades...)

DATOS SALA DE CONSUMO -CAS FORUM 2012 -2021

Evolución de los consumos por sustancia 2012 - 2021

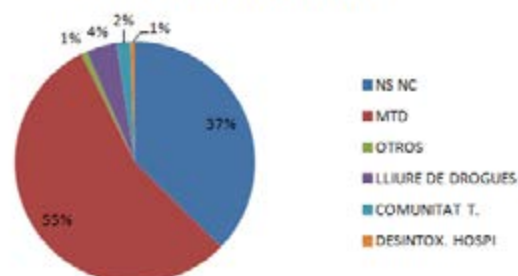


Proporció de substàncies consumides en la sala del CAS Forum 2012 - 2021

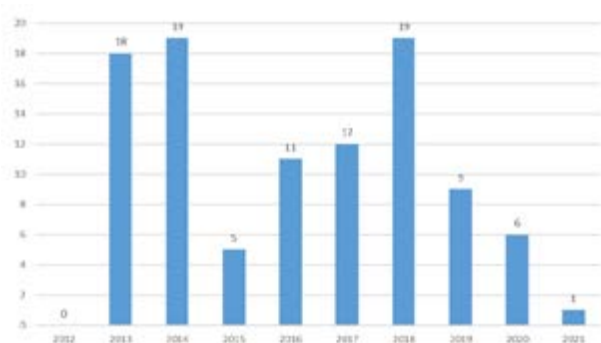


CARACTERÍSTICAS USUARIOS SALA DE CONSUMO CAS FORUM

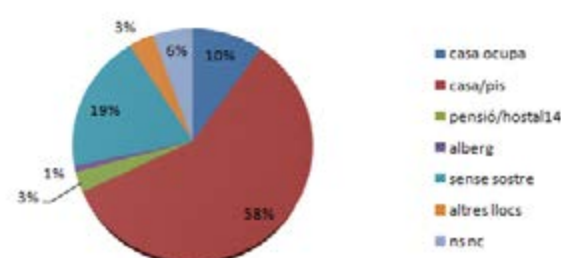
TIPUS DE TRACTAMENT



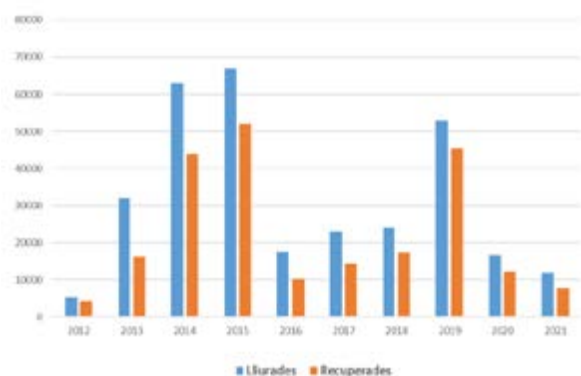
SOBREDOSIS 2012 - 2021



Tipus de Residència



PIX CAS FORUM 2012 - 2021

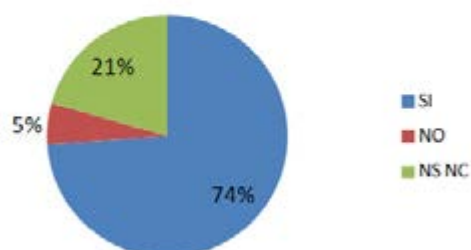


NACIONALITATS



TRATAMIENTO USUARIOS SALA DE CONSUMO CAS FORUM

EN TRACTAMENT ALGUNA VEGADA



LTJ40 Arrels Lleida

Anna de Castro

INFERMERA. ARRELS REDUCCIÓ DE DANYS. LLEIDA

CONTEXTUALITZACIÓ

Arrels Reducció de Danys (ARD) és un recurs de Reducció de Danys en l'àmbit de les drogodependències. Forma part de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències, és gestionat per la Fundació Arrels Sant Ignasi de Lleida i està emmarcat dins de l'àrea d'acollida de la Fundació. El programa va néixer l'any 2005, fent intercanvi de xeringues (PIX) i l'any 2010 es va consolidar com a centre de reducció de danys amb sales de consum supervisat.

Principalment es dona resposta a persones en consum actiu d'heroïna i cocaïna, que utilitzen la via inhalada i injectada a la Ciutat de Lleida.

S'ubica al Casc Antic de Lleida, concretament al carrer Boters, una zona oberta de consum i tràfic de drogues. El Casc Antic de Lleida és un barri amb un nivell socioeconòmic deprimat, on conviuen majoritàriament persones excloses socialment.

L'Espai té 40m² i ofereix un servei de 6h diàries de dilluns a divendres que acull dues sales de consum: l'Espai d'Inhalació Assistida (EIA) amb aforament per a tres persones i l'Espai de Venopunció Assistida (EVA) amb aforament per a dues persones i un petit espai per la distribució de material higiènic per al consum. Comptem amb una característica molt específica: el nostre "Calor i Cafè" i el Servei d'Atenció Social no es troba al centre sinó que es troba a 200 m de distància.

Els professionals que formen l'equip del centre són: la Cap d'Àrea d'Acollida, una figura social i una figura sanitària, una voluntària amb formació social que participa en el projecte de forma activa i estudiants en pràctiques d'Integració Social.

Les dades que reflecteixen la nostra realitat mostren que l'any 2019, un total de 77 persones úniques van fer 3.693 entrades anuals a EVA i pel que fa a la sala EIA, 191 persones úniques van fer 4.713 entrades anuals.

Amb la pandèmia de la Covid-19, aquestes dades es veuen alterades, però podem afirmar que l'any 2021 les dades d'entrades a EVA superen tots els rècords des de l'obertura de la sala l'any 2012. L'EIA es va mantenir clausurada durant un any i mig per la pandèmia.

Actualment, les dades recollides de la sala EIA no són una mostra representativa degut al recent increment de la demanda de consum i re- obertura de les sales amb el màxim aforament, queden pendents d'avaluació les variables que mostren la incidència actual.

Atenem a un 90% d'homes i un 10% de dones, aquestes dades pertanyen a persones cisgènere, ja que no tenim constància que estiguem atenent a persones que s'identifiquin de gènere no binari.

LÍNIES DE TREBALL ACTUAL

Àrea sanitària

- Treball per oferir analítiques sanguínies al recurs.
- Cribratges de VIH i VHC. En el cas de VHC, a partir del 2021 s'implanta un nou circuit al Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CASD) de l'Hospital Universitari Santa Maria (HUSM) que facilita el diagnòstic, tractament i seguiment d'aquestes persones. Realitzem conjuntament amb el CASD el pòster "Importància d'establir un circuit d'intervenció multidisciplinari precoç per a pacients duals sospitosos de VHC" on es justifica la importància del treball multidisciplinari i en coordinació per poder abordar aquesta problemàtica de forma més eficaç a la nostra ciutat.
- Oferir apropament sanitari a persones cròniques: VIH, diabetis, malaltia pulmonar obstructiva crònica
- Oferir apropament ginecològic a les dones.
- Ampliació del Programa d'Intervenció amb Naloxona (PIN) a població no només injectora.

Àrea social

- Detecció de necessitats, derivació, seguiment i coordinació amb altres Àrees de la Fundació o amb els altres Serveis de la Xarxa Comunitària.
- Abordatge social des del centre a les persones amb més dificultat d'adherència al conjunt de Serveis

de la Xarxa Comunitària i/o amb el Centre Obert de la Fundació.

- Recollida i proposta per als Pisos de Housing First de Sant Joan de Déu, Terres de Lleida.
- Integració en la comunitat celebrant les festivitats i dates assenyalades al calendari.

Sales de consum

A causa de la reducció de la demanda de consum inhalat en el programa i tenint en compte els conflictes derivats de l'obligatorietat, sumat a les reticències de cuinar amb bicarbonat, es va decidir restringir el consum de cocaïna a sala. Per poder pal·liar les conseqüències que això podia comportar es van crear uns kits de consum de cocaïna per carrer amb el següent material: Palleta, alumini, goma, aigua destil·lada, bicarbonat i escuradents.

El 2021 es va replantejar la situació donada la demanda dels usuaris i veient els diversos indicadors que ens mostraven un canvi en el consum (vegeu gràfica 1).

Tenint això present durant el 2021 es va crear un projecte pilot per la represa de consum de cocaïna que s'està implantant des del febrer d'aquest any 2022.

A partir d'aquí es creen uns tallers on s'implica a tres usuaris per tal de conèixer les seves necessitats en quant a consum de cocaïna. Es realitza educació sanitària en consums de menys risc i realitzem la formació a tot l'equip en cuinat amb bicarbonat per tal de poder ensenyar a les persones que no en saben i oferir una alternativa menys perjudicial al cuinat de la cocaïna amb amoníac.

El treball que duem a terme va dirigit a fomentar canvis positius en els hàbits de consum (compartició de material, higiene, cuinat amb bicarbonat..) per tal de reduir els danys i riscos que es presenten.

Any	Bicarbonat	Paper d'alumini	Palletes
2017	39	1898	197
2018	139	3000	466
2019	283	3679	749
2020	600	5743	1183
2021	932	13126	1620

Gràfica 1. Dades de material distribuït per al consum via inhalada entre els anys 2017-2021. Extret de la base de dades de la Fundació Arrels Sant Ignasi

Al centre proporcionem el material per al consum dins de sala: pipes de vidre, culleres i material per al

montatge de la pipa. Tot material d'un sol ús, menys les pipes de vidre que cada usuari la neteja una vegada l'ha utilitzat.

No existeix la prohibició del l'amoníac dins de sala sinó que es fomenta la presa de decisió personal coneixent els riscos que comporta per la salut. Tampoc hi ha prohibició per la utilització del material de carrer (pipes de plàstic, culleres...) ja que es considera una oportunitat per a fer pedagogia de consum de menys risc. Es consciència de la toxicitat del rascat de "la mare", el canvi de pipes de plàstic després de cada consum, la higiene de les pipes, etc.

Des de l'Inici del Projecte al febrer la cocaïna representa un 25% dels consums. Dada que justifica la necessitat dels usuaris a utilitzar l'espai per al consum de cocaïna. Hem tingut molt bona rebuda per part dels usuaris i una resposta inicial positiva a la introducció del cuinat amb bicarbonat.

CAMÍ CAP A LA PERSPECTIVA DE GÈNERE

Arribar a la perspectiva de gènere és un llarg camí, però des d'ARD s'ha començat a treballar per a implantar-la dins les possibilitats que ofereix el recurs.

Les dones representen un 12% dels usuaris totals inscrits al programa, majoritàriament tenen entre 30 i 50 anys, consumidores de cocaïna i d'heroïna. El 85% són autòctones, davant d'un 15% de persones migrants.

Pel que fa a la seva situació socioeconòmica, el 58% de les dones inscrites estan en situació de carrer. El 95% no estan ocupades laboralment, per això el 45% no tenen cap mena d'ingrés, davant un 45% que tenen ingressos inferiors a 600€ mensuals, i per tant, depenen econòmicament de les seves parelles, familiars i/o fent ús de la prostitució com a mètode de supervivència.

Totes les dones amb aquestes característiques són susceptibles de diferents violències (violència familiar, de parella, institucionals i entre persones iguals), però no són conscients degut a la normalització i l'arrelament de la violència dins la seva quotidianitat.

Tots aquests factors de risc fan la dona molt vulnerable, i per tant, s'ha de donar atenció a tota aquesta problemàtica i característiques específiques amb perspectiva de gènere.

Per això s'està desenvolupant un projecte adreçat exclusivament a la dona consumidora. A causa de la falta d'espai dins el centre d'ARD s'opta per donar un espai alternatiu tenint en compte la proximitat al barri i els horaris de les dones per a facilitar la seva assistència i l'accés.

Aquest projecte consisteix a fer un treball amb perspectiva de gènere, oferint un espai segur alternatiu al centre, promocionant la sororitat entre les dones i oferint suport i acompanyament professional. La intenció és realitzar una sessió cada quinze dies, on les dones tinguin un espai segur per poder compartir les seves experiències viscudes i anar conscienciant a poc a poc de les violències que estan vivint, juntament amb eines de suport, creant vinculació tant amb el Centre Obert com amb l'equip tècnic d'ARD i entre elles mateixes.

L'objectiu d'aquestes sessions són anar treballant les masculinitats, els estereotips i manats associats a la dona, treballar les relacions de parella, salut sexual, maternitat, qüestions específiques de salut o saber identificar les violències viscudes.

Les sessions són completament flexibles i es poden adaptar al context i moment de les dones.

Es duen a terme per social.



Obra versionada per Pepe V., original de Jacob Van Oost *David con cabeza de Goliat*

LTJ41 Bus de metadona

Erick González

COORDINADOR UNITAT MÒBIL DE DISPENSACIÓ DE METADONA (UMDM). INSTITUT GENUS
AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA (ASPB)
DIRECCIÓ PARA CORRESPONDENCIA: EXT_EGONZALE@ASPB.CAT

INICIOS

Nos llaman por teléfono. Atendemos: “Unidad Móvil de Dispensación de Metadona”. Corte de llamada. Vuelve a sonar. “Unidad Móvil...”. Vuelven a cortar. Otra vez, “Unidad móvil...” y suena una voz del otro lado: “¿Pero no estoy llamando al Metabús?” Pedimos disculpas. Sabemos que los formalismos aquí no funcionan, pero sí, las buenas formas.

El bus de metadona o Metabus empezó su recorrido en 1992, en el que varios profesionales en el campo de las adicciones del Institut Genus dieron forma a un nuevo recurso con la motivación de acercar a los usuarios y usuarias, con mayor desestructuración el programa de metadona, basándose en la misma mirada que se estaba implementando en varios países europeos.

Una vez promovido este acercamiento de la institución a los usuarios y no al revés, y en un momento en el que se había producido un embudo por la entrada masiva de personas a programas de sustitución del caballo por la metadona, y en la medida en que la red de centros y otros dispositivos se adaptaba a la demanda, nuestro programa se ha ido diversificando, y ofreciendo una atención cada vez más variada, buscando siempre el poder alojar esos malestares en movimiento, o de mantener un mínimo contacto con otras formas de desprendimientos o de marginación, que se producen habitualmente en las redes de atención. Es algo estructural.

Por ejemplo, los usuarios que no encajan. Los que tienen poca paciencia o los que agotan la paciencia. Los que vienen como transeúntes. Los que entran y salen, o requieren de un cambio de “aires” o de varios cambios de aire y mientras tanto recalcan en el bus.

FLEXIBILIDAD

Es así, que el bus se ha convertido poco a poco, en la representación de la parte más flexible en relación con los límites que tiene nuestra red. Es un lado flexible que compartimos con varios programas. Pero en el

caso específico del nuestro, el programa en sí mismo ha tenido en sus momentos iniciales una estructura que -dentro de la flexibilidad que ya implicaba atender a personas en el borde de la ciudad y de la vida y la muerte-, de todas maneras, proponía una forma más estricta que la de ahora. Existían una serie de condiciones que se tenían que cumplir para que alguien entrara en programa. Y cuando hablamos de la metadona en sí, podemos ver desde el momento actual, que entonces, en los inicios el uso de la metadona estaba más encaminado hacia una lógica en la que se establecía primero una sustitución que se esperaba que tuviera una dimensión temporal de la heroína por la metadona, y una vez encontrada la estabilización buscada, una dirección hacia la desintoxicación. Eso quizá, ha demostrado, en muchos casos, no ser lo más conveniente, por sus consecuentes recaídas, o porque una propuesta así se podía convertir rápidamente en persecutoria o en una presión innecesaria para algunos usuarios.

La función del personal que conforma el equipo del bus, que siempre se ha mantenido en una célula mínima de dos, enfermeras/os, educadoras/es, o a veces psicólogos/as, ha sido siempre la de resguardar un más allá de la dispensación, tomándonos en serio el hacer de intermediarios, de lugar de conexión, de punto de encuentro, -a veces el único para algunos-, entre ese espacio al margen y la red, en la que otros profesionales nos orientan con sus intervenciones (médicas, de trabajo social, etcétera).

EL OTRO SOCIOPOLÍTICO Y LAS FUNDACIONES DEL BUS

El bus comienza en el año de las Olimpiadas en Barcelona. Posteriormente ve una ampliación de sus funciones durante el desalojo de Can Tunis, en el marco de la ampliación del puerto, y con el trasfondo de la realización del Forum de naciones del 2004, momento en que ya practicamos una dispensación de baja



exigencia a aquellos que venían del desalojo, en el tiempo de espera para su entrada en los CAS. Posteriormente vimos llegar la Crisis del 2008 como una tormenta que se anuncia poco a poco. Una buena parte de las personas que atendíamos y que trabajaban en la obra, fueron perdiendo uno a uno sus trabajos hasta que fue declarado el estallido de la burbuja. El Bus es una puerta al mundo real, con todo lo que implica lo real de insoportable a veces, de doloroso.

A partir de aquí ha habido un cambio en el funcionamiento en nuestra red. Una entrada de una lógica de la evaluación causada por los recortes y por la gestión económica de los recursos por políticas de austeridad. A partir de aquí y por una reducción quizá del consumo de heroína en la ciudad (tal vez también desplazado a nuevos lugares -como La Mina-) ha implicado una reducción de las derivaciones que los centros hacen para la dispensación en el Bus. No por esto hemos dejado de tener una importante actividad, ahora cada vez más en un tipo de dispensación y de atención que podríamos llamar de baja exigencia o de reducción de daños, en la que los perfiles de las personas sensellar, o transeúntes, sense cas, son predominantes.

Eso también nos ha convertido en un servicio que podríamos llamar Unidad Móvil de Atención a las Contingencias. El CAS X está en obras. ¡Pum!: 100 usuarios para el bus durante unos meses. El CAS R cierra en agosto unos días: Venga, 20 usuarios para el

Bus. Llegó el Covid y nos convertimos en los pocos autorizados para recorrer las calles. Se crea el Albergue para personas en situación vulnerable en La Fira. Creamos un nuevo punto de dispensación en nuestro recorrido para atender a aquellos que requieren de metadona durante su encierro.

VUELTA AL DÍA EN 80 MUNDOS

Hay una novela de Cortázar titulada así, desordenando el título de la aventura de Verne: Vuelta al mundo en 80 días. El Bus tiene un poco de las dos. En un día hacemos 80 mundos. Pero también podríamos contar los días que nos toma dar la vuelta al mundo. Desde que comenzó el programa, podemos hacer un cálculo sencillo, hemos recorrido 600.000 Kilómetros. Eso es el equivalente a cuatro vueltas a la tierra. Y si seguimos así, dentro de unos pocos años podríamos haber recorrido la distancia equivalente a un viaje de ida y vuelta a la luna. Si el bus, fuera un calamar que va dejando su tinta al paso, podríamos ver desde cualquier satélite su recorrido tatuado en la ciudad. Pero más que tinta, a mí me gusta pensar que cada parada del bus es una especie de cicatriz que recubre una herida que atraviesa a esas zonas del cuerpo de la ciudad. No nos detenemos en cualquier lugar. Nos ponemos allí donde la epidemia del consumo de la heroína ha deja-

do muertos y desolación y nuestra simple presencia es ya un reclamo que tiene un efecto de prevención, de historia escrita de ese malestar brutal, que ha sido la entrada en tromba de una sustancia que viene a tratar de manera directa y a veces desbordada el dolor de existir. Intentamos cambiar ese tratamiento del dolor, no solo por otra sustancia, sino por un espacio de encuentro, de palabra, de atención y cuidados, en el que el yonqui no es más el yonqui, si él o ella lo quiere, si no un reservorio de deseos silenciados, que pueden volver a circular si así ella o él lo decide.

META-BUS

Esta abreviación es bastante ilustradora. Si tomamos el término “meta”, ya no como una abreviación de Metadona, sino como un prefijo que indica, “más allá”, que indica un “después de”, obtenemos una buena definición de lo que es nuestro programa ahora, 30 años después. Ya no solo hacemos dispensación de metadona, sino que sostenemos una dispensación farmacológica más amplia, interdictores de alcohol, antirretrovirales, psicofármacos variados. Ya no solo atendemos a usuarios regulares, inscritos en los CAS de Barcelona, a los que por conflictos, expulsiones, medidas terapéuticas, incompatibilidades horarias o de proximidad, derivan a dispensación en el Bus, sino también a usuarios espontáneos, o que vienen en horarios en los que la dispensación de sus centros está cerrada, o con una orden médica de algunas de las urgencias hospitalarias de la ciudad, o que se encuentran detenidos en comisaría, o que salen de prisión un día viernes y encuentran su antiguo CAS ya cerrado. Usuarios, hasta ahora, con respecto a los cuáles podemos verificar, gracias al programa informático compartido entre varios centros, la actualidad de su seguimiento.

Es decir, se trata de una actividad como una acupuntura, algo breve, que no nos permite establecer un vínculo con la persona usuaria, un seguimiento habitual, y para los cuáles servimos de bocanada, de respiro hasta la siguiente apertura de las puertas de su Centro de Referencia.

También tratamos con los usuarios que vienen con un programa de mantenimiento por metadona de otros países y que en principio solo se quedarán una temporada en nuestra ciudad.

Con todos ellos, no es que nuestras expectativas sean bajas, que veamos que estamos allí en una forma rebajada en calidad de lo que puede ser un seguimiento ideal; lo planteamos más desde la vertiente realista de que esto es lo que hay, estamos allí en esa mínima apertura, en el parpadeo que puede permitir que alguien acceda, que alguien decida luego iniciar, por qué no, un cambio en su hasta ahora intenso, inestable, enloquecido, estilo de vida. Como el de todos o casi todos.

No vamos a hacer estadísticas hoy, ni a presentar PowerPoints. Pero sí tenemos en mente algunos casos, a algunas ciudadanas para las cuáles, el encuentro en esos intersticios con el Bus ha significado, mínimamente, la vía para hacerse con un mundo más vivible. Es esto más o menos lo que esperamos.

Por último, se nos ha preguntado sobre la cuestión de la posibilidad de ofrecer un subprograma, de lo que se llama, dispensación de dosis de cortesía, o mínima. Por lo que he escuchado, esta es una cuestión que surge como asunto pendiente en Barcelona, desde hace muchísimos años. Sí. La unidad móvil por sus características, por sus horarios amplios, sería naturalmente el lugar en donde esto podría sostenerse. Esto, sería llevar las políticas de reducción de daños, en relación con la cuestión de la sustitución por metadona a su máxima expresión, en aquellos casos de personas que incluso no se encuentran en la red, inscritos, o que vienen de otros lugares sin ningún tipo de informe o verificación, y que con su simple demanda de tomar metadona, pueden recibir una cantidad que es algo que está estudiado, no es de riesgo. No es algo que hasta ahora se haya podido tirar adelante. Sin embargo, en este *meta*, con este *después* o *más allá del Meta-bus*, con este *más allá de nuestras propias narices* hemos aprendido que a veces hace falta un tiempo para que algunas cosas acaben realizándose con menos resistencias. Vamos a ver si este es el momento. Nosotros estamos dispuestos.

LTJ42 “Narcopisos”: A propósito de los pisos de venta y consumo de drogas

Rafael Clua García

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT DE MANRESA;
UVIC-UCC

Guillaume Dumont

OCE RESEARCH CENTER, EMLYON
BUSINESS SCHOOL

“NARCOPISOS”: ¿DE QUÉ ESTAMOS HABLANDO?

Los pisos de venta y consumo de drogas, conocidos como “narcopisos” por los medios de comunicación y la población general, consisten en viviendas ocupadas o alquiladas en propiedad de particulares, sociedades de inmuebles y entidades financieras, en los que organizaciones ilegales se dedican a la venta de drogas y a facilitar espacios para su consumo. En estos pisos, generalmente, se venden dosis de heroína y estimulantes (cocaína, crack y metanfetamina) por valor de 5 a 10 euros y se dispone de espacios precarios, pero adaptados para el consumo, con mesas, asientos, cubos para desechar jeringuillas y la disposición de material de consumo.

Para organizar la venta, los pisos se regentan por 2 ó 3 personas, que realizan las funciones de control de la puerta de acceso, la venta directa a las personas consumidoras, la gestión del espacio de consumo y el manejo del flujo de personas una vez han consumido. En muchos casos, estas personas suelen ser consumidoras de drogas en procesos de exclusión social a cargo de la organización. Por su lado, las organizaciones cuentan con otras personas encargadas de trasladar las dosis preparadas para la venta directa desde pisos donde se guardan grandes cantidades de drogas, conocidos por los cuerpos policiales como “guarderías”. Además, paralelamente, en estos pisos se detectan otro tipo de actividades como la prostitución o la venta de objetos robados o el intercambio de estos por dosis de drogas.

ESCENARIOS DE CONSUMO EN BARCELONA

De los años 1990 a 2004: Can Tunis (1, 2)

Durante estos años la venta y consumo de heroína y cocaína se concentró en el barrio de Can Tunis, situado entre el puerto de Barcelona y el cementerio de

Montjuïc. A este barrio acudían a diario multitud de personas para adquirir dosis de entre 5 y 15 euros y consumirlas in situ, generalmente, por vía parenteral, en un contexto de marginalidad y vulnerabilidad social y para la salud. Durante los años 90, acudían diferentes servicios móviles de reducción de daños, poniéndose en marcha en 2001 la primera sala de consumo higiénico (SCH) de la ciudad. En 2004, el derribo de este barrio condujo a una mayor presencia de personas consumidoras en vía pública en diferentes barrios donde quedó desplazada la venta de drogas.

2004 – años 2010: expansión de las salas de consumo higiénico (2, 3)

Tras el desalojo de Can Tunis se intensificó el consumo de drogas en vía pública, sobre todo en el casco histórico de Barcelona. Se detectaban vendedores ambulantes que ofrecían dosis de drogas por el valor de 10-15 euros que generaron graves problemas de convivencia vecinal e inseguridad ciudadana. En reacción, las agencias de salud pública de Barcelona y Cataluña pusieron en marcha SCH en servicios de reducción de daños o de nueva creación por los diferentes distritos de la ciudad. Estos espacios, como en otros lugares de Europa y Norteamérica, han tenido el impacto de reducir las prácticas de riesgo entre las personas consumidoras y de ofrecer atención social y de salud entre sus beneficiarios. Actualmente, en Barcelona y alrededores, funcionan 10 SCH con alrededor de 30 plazas para el consumo por vía parenteral y un espacio para el consumo por vía pulmonar.

De 2010 a 2020: auge de los pisos de venta y consumo de drogas

Pese a la puesta en marcha de las SCH, en la última década, sobre todo en el céntrico barrio del Raval, se han desarrollado los pisos de venta y consumo de drogas. Progresivamente, la venta de drogas ha dejado de realizarse de forma directa en vía pública y las perso-

nas consumidoras han accedido a estos pisos. Probablemente, la presión policial en vía pública hacia los vendedores de drogas y las barreras de acceso a las SCH ha conllevado el auge de estos espacios de consumo. En el barrio del Raval se han extendido estos pisos generando un sentimiento de inseguridad ciudadana y problemas de convivencia vecinal. El abordaje policial de este fenómeno se ha traducido en tres macrooperaciones, Bacar en octubre de 2018, Suricata en junio de 2019 y Coliseo en octubre de 2020, reduciendo la actividad de estos pisos.

Años 2020 a la actualidad: caída de los pisos de venta y consumo de drogas

Actualmente, en el barrio del Raval no deben operar más de 15 pisos, de los más de 60 que han llegado a funcionar. Sin embargo, se detecta una dispersión de estos pisos a otros barrios del distrito de Ciutat Vella o barrios vecinos como el Poble Sec. Además, se han detectado cambios en su organización y modos de funcionamiento. En ciertos pisos ya no se puede tener consumos por vía parenteral o no se reparten jeringuillas u otras parafernalias para un consumo higiénico. En otros, se ha ido imponiendo la norma de consumir las drogas adquiridas antes de abandonar estos pisos para evitar la recogida de pruebas policiales. Por su lado, los cuerpos policiales también se han adaptado a estos cambios, así como a las presiones políticas y a la necesidad de mejorar el sentimiento de inseguridad ciudadana. En vez de macrooperaciones, que requerían de meses de investigación, en la actualidad se realizan microoperaciones de forma regular y con mayor agilidad.

PISOS DE VENTA Y CONSUMO DE DROGAS: ESPACIOS FLEXIBLES A LOS CAMBIOS

Durante años, el Raval ha sido un barrio con alta disposición de pisos vacíos, fáciles de ocupar, que ha sido clave para la expansión de este tipo de organizaciones. Pero con la intensificación de la intervención policial y la presión vecinal, los vendedores han tenido que sofisticar sus formas de organización para mantener su actividad en este tipo de pisos. Para ello, han mejorado sus estrategias para evitar la intervención de desocupación, como alquilar pisos o utilizar diferentes artimañas para justificar una ocupación social y burlar o aplazar el desalojo del piso. Del mismo modo, han empleado diferentes estrategias para evitar intervenciones policiales

contra la salud pública, como cambiar de pisos periódicamente, prohibir que las personas consumidoras abandonen los pisos con las dosis adquiridas o utilizar diferentes sistemas de evacuación ante una redada.

Por otro lado, las personas consumidoras han encontrado en estos pisos la facilidad de obtener drogas y un espacio para consumir con inmediatez. En estos espacios disponen de material de consumo, pueden consumir bajo sus idiosincrasias, con el tiempo necesario para preparar, consumir y disfrutar del consumo con cierta tranquilidad y sin tener que asumir los imperativos normativos de las SCH. Dichos espacios pueden ofrecer una cobertura de 24 horas, así como de espacios para el consumo de drogas por vía pulmonar, los cuáles escasean en la ciudad y alrededores. Sin embargo, estos espacios no están exentos de inconvenientes para las personas consumidoras, detectándose interacciones negativas y casos de violencia entre consumidores, vendedores y policía, presión vecinal, seguimientos policiales al abandonar los pisos o sufrir efectos negativos de las drogas sin recibir una atención sanitaria adecuada (4).

Actualmente, no parece que los pisos de venta y consumo de drogas vayan a desaparecer y dejen de tener un impacto negativo en los vecindarios y en las personas consumidoras de drogas. Probablemente, sea necesaria una estrategia coordinada con la participación de los diferentes actores clave (vecinos, personas consumidoras de drogas, policía, profesionales de la salud, etc.) con el fin de dar respuestas efectivas a este problema social y de salud. Ante la complejidad de este fenómeno, no podemos actuar de forma precipitada y debemos preguntarnos: ¿cómo podemos dar una respuesta integral y sostenible a los pisos de venta y consumo de drogas?

BIBLIOGRAFÍA

1. Bosque-Prous M y Brugal MT (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(Supl 1):104-110.
2. Clua García R (2015) Drug consumption rooms in Spain (2000-2013). *Salud Colectiva*, 11(2):261-282.
3. Parés-Badell O, Barbaglia G, Robinowitz N, Majó X, Torrens M, Espelt A, Bartroli M, Gotsens M and Brugal MT (2020) Integration of harm reduction and treatment into care centres for substance use: The Barcelona model. *International Journal on Drug Policy*, 76: 102614.
4. Clua-García R (2020) Managing pleasures and harms: An ethnographic study of drug consumption in public spaces, homes and drug consumption rooms. *Salud Colectiva*, 16:e2481.

LTJ43 Consumo de drogas en la calle

Dani Pajuelo, Silvia Marqués

FUNDACIÓ ÀMBIT PREVENCIÓ

El consumo de drogas por vía inyectada o inhalada podría parecer que, en comparación con décadas anteriores, aprecia un cierto proceso de contención o incluso de descenso. Sin embargo, no se trata de una realidad o práctica social extinguida, sino que dicho hábito relacionado con el consumo ha experimentado una evolución que ha conllevado toda una serie de posibles cambios. Estos cambios han conducido a un nuevo escenario dentro de la realidad del consumo de calle (especialmente el que se observa en el barrio del Raval de Barcelona).

A continuación de comentarán y se compartirán algunas consideraciones actuales que podrían resultar interesantes en relación al consumo de drogas inyectadas en calle. Dichas consideraciones abarcan distintos aspectos relacionados con la reducción de daños y con el trabajo diario de los equipos de calle.

ESPACIO NATURAL

En primer lugar, cabe recordar al público que históricamente, la calle, el espacio público o la naturaleza, han sido los lugares “naturales” y más utilizados para el consumo de drogas de diferente tipología y vía de consumo. En esta línea, es popularmente conocido que la ciudad de Barcelona, y más concretamente el entorno de su puerto (tal vez el más importante del Mediterráneo), ha sido un punto para el tráfico y contrabando de diferentes mercancías, objetos, alimentos, además de por supuesto drogas.

CONSUMEN DONDE DUERMEN

En segundo lugar, es importante destacar que desde hace casi 20 años existe en el barrio una sala habilitada para el consumo supervisado por profesionales. Primero en la histórica muralla de Drassanes, ahora tan solo unos metros más arriba. Esta sala, además de ser de una herramienta fundamental e imprescindible dentro de la reducción de daños, es al mismo tiempo, un punto de encuentro para las personas usuarias de drogas y vinculadas al recurso.

Este hecho, lleva a que la zona perimetral de la sala, pueda convertirse habitualmente en un lugar para la práctica del consumo en calle. En este sentido, cabe recordar que la inmensa mayoría de las personas a las que se atiende desde los equipos se encuentran en situación de calle, por lo que muchos suelen pernoctar en el mismo perímetro de la sala.

Además, en el mismo barrio del Raval, se encuentran otros recursos que, cada uno de ellos desde un quehacer distinto, tratan de cubrir las necesidades más básicas de las personas que se encuentran en situación de calle. Es notoria la presencia en el barrio de distintos servicios relacionados con el mundo social como comedores sociales, roperos, centros de día, espacios de descanso, espacios de índole religiosa, etc.

NARCOTURISMO

En tercer lugar, y relacionado con la propia idiosincrasia de Barcelona, es importante mencionar que para las personas que se encuentran en situación de calle, la ciudad presenta una climatología suave con un invierno poco frío y un verano soportable.

Este último aspecto, unido a que en el barrio se encuentren distintos recursos para la cobertura social de necesidades, además de, por así decirlo, un sistema penal suave en relación a las drogas en comparación con otros países, conduce al popularmente conocido como “narcoturismo”.

En esta línea, se entiende el “narcoturismo” como ese itinerario que lleva al consumidor de drogas por vía inyectada e inhalada a venir a Barcelona e “instalarse” en ella dado que, en comparación con otros países, aquí siendo usuario de drogas se está relativamente cubierto.

NARCOPISOS

En cuarto lugar, y en relación a la nueva terminología a pie de calle, es imprescindible hacer referencia al fenómeno conocido como “narcopiso”. Como su nombre indica se basa fundamentalmente en la venta

(y muchas veces consumo) de drogas en un piso en el barrio normalmente ocupado. Este fenómeno ha cobrado especial fuerza en los últimos años, teniendo mucha repercusión en un inicio en el trabajo a pie de calle, para actualmente, parece, se hace de una manera algo más disimulada, teniendo menos influencia y repercusión en la calle.

En quinto lugar, en relación a, por así decirlo, la actual caricatura del usuario o consumidor de drogas en calle se podría decir que se ven más hombres que mujeres, siendo la franja de edad más notoria una que podría comprender aquella entre los 30 y 45 años, siendo estos de distinta procedencia (Rumania, Marruecos, Georgia, Hungría entre otros). La mayoría de estas personas se encuentran en situación de calle y un importante grupo de estos ha tenido algún problema con la justicia (siendo el tráfico de drogas y el pequeño robo los delitos más habituales).

En sexto lugar, en relación a la sustancia, ha de considerarse que en los últimos tiempos no es la heroína la sustancia más utilizada en la calle, siendo la cocaína tal vez la sustancia más consumida en calle en la actualidad. Además de la cocaína, han tomado fuerza el consumo de otras sustancias como el crack, el shaboo, la tina, etc.

En esta línea, el cambio en el tipo de sustancia preferiblemente consumida, lleva, en muchas ocasiones, a la persona usuaria de drogas, a hacer un consumo más intenso de drogas. Esto hecho, unido a la propia naturaleza de las sustancias, unido a un deficitario descanso y mala alimentación, lleva a las mismas personas a un deterioro cognitivo importante originándose problemáticas relacionadas con la salud mental.

EQUIPOS DE CALLE

En séptimo lugar, una vez presentados los datos anteriormente descritos, es momento de destacar la labor que se realizan desde los equipos de calle en la reducción de daños. El trabajo se fundamenta en dos ejes fundamentales:

- La persona usuaria y consumidora de drogas: se acompaña al consumo y se le proporciona de todo el material (PIJ) para el consumo óptimo. Además, siempre se trata de vincular a dichas personas a los recursos y servicios existentes, especialmente la sala de consumo.

- La comunidad: se trata de reducir el posible impacto del consumo de drogas, sobre todo inyectadas, en el espacio público. Para ello, los equipos mantienen contacto habitual tanto con vecinos, comercios y otros agentes del barrio para conocer su impresión de la realidad y recogiendo del espacio público las jeringuillas que pudieran aparecer.

En este sentido, se importante destacar que la labor de los equipos de calle se hace notoria en cuanto a la reducción del impacto del consumo en la calle. También es interesante destacar que el trabajo en calle siempre sitúa al profesional con la persona usuaria en un plano más igual y muchas veces más distendido que los espacios institucionalizados.

Una vez mencionados los puntos anteriores, y para ir concluir este intercambio de impresiones, este momento podría ser un buen lugar para mencionar algunas consideraciones y reflexiones que podrían conducir a fortalecer las acciones de la reducción de daños. Dichos aspectos son:

- A nivel institucional, las instituciones podrían reflexionar acerca de incorporar la perspectiva de género e intercultural. La inmensa mayoría de mujeres usuarias de drogas manifiestan no sentirse cómodas en los espacios de reducción de daños.
- En relación a la propia filosofía de la reducción de daños, se hace un llamamiento a las autoridades pertinentes a llevar a cabo una reformulación de la estrategia que se adapte a la nueva realidad social en cuanto al consumo de drogas inyectadas.
- En cuanto a las acciones y/o acompañamiento, se hace imprescindible fomentar espacios de ocio, de vivienda, etc. para las personas consumidoras de drogas.
- En cuanto al propio consumo, es importante reflexionar sobre la necesidad imperiosa de abrir ininterrumpidamente las salas de consumo.

Equipos de calle de la Fundació Àmbit Prevenció

Cobertura semanal	Lunes a domingo
Cobertura horaria	Cobertura horario 8 a 24
Alcance	Toda la ciudad de Barcelona, complementando la zona de influencia de otros recursos cuando están cerrados

ACCIONES COMUNITARIAS

LTJ44 Sport Live

Eduardo Torras Híjar

PRESIDENTE SPORT2LIVE | WWW.SPORT2LIVE.ORG

Las personas con consumos de sustancias no prescritas hacen un 50% menos de ejercicio y deporte que la población general.

La organización mundial de la salud recomienda un mínimo de 150 minutos de ejercicio y deporte a la semana para las personas mayores de 18 años.

Los programas de ejercicio y deporte para personas con consumos de sustancias no prescritas deben estar diseñados, supervisados y ejecutados por personas cualificadas con Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y Máster en salud y prescripción del ejercicio físico.

La incorporación de programas de ejercicio y deporte para este colectivo se establece como una excelente herramienta para la mejora de la salud. La incorporación de ejercicio y el deporte en los programas de abordaje para estas personas deben incluir el ejercicio y el deporte como un elemento de salud y no tanto como una opción de ocio ya que normalmente el ocio lo tienen asociado a rutinas poco saludables.

La incorporación de programa de ejercicio y deporte debe realizarse bajo ciertas premisas que permitirán:

- Adherencia al programa deportivo.
- Mejora de la salud.
- Mejora de la alianza terapéutica con los equipos socio-sanitarios.
- Escucha activa sobre sus deseos y expectativas hacia la práctica deportiva.
- Generar espacios seguros, no hetero-normativos que favorezcan el empoderamiento de las personas participantes.

Los objetivos de este tipo de programa deben alinearse hacia: **La mejora de la salud y ofrecer un propósito en la vida.**

En muchos casos las personas con consumos de sustancias no prescritas utilizan el consumo para “olvidar” su situación de pobreza o carencias como la falta de vivienda, el deterioro físico y psíquico, la confrontación con el mercado ilegal o “escapar” de forma momentánea de la marginación. Los programas de ejercicio y deporte deben orientarse para suplir o paliar estas carencias. Son necesarios programas específicos para este colectivo a fin de romper las barreras hacia el deporte como:

Falta de apoyo social, espacios discriminatorios, falta de confianza, desconocimiento del entrenamiento, falta de información de los beneficios de ejercicio físico, espacios excesivamente hetero-normativos que dificultan el acceso al colectivo LGTBIQA+, etc... Este tipo de programas Ad-Hoc para el colectivo de personas con consumos de sustancias no prescritas permiten generar adherencia hacia el ejercicio físico y provocar un cambio de estilo de vida. Facilitar acceso a instalaciones deportivas de alto nivel con servicios adecuados de duchas y vestuario ayuda a que dispongan de espacios de higiene personal adecuados. Estos espacios generan vinculación al programa deportivo. Instalaciones adecuadas, donde las personas puedan ser socias de la instalación les permite tener un entorno seguro durante el horario de apertura y les facilita algo semejante a “una vivienda” durante varias horas del día.

Los programas de ejercicio y deporte palian el deterioro físico y mental que presentan las personas con consumos de sustancias no prescritas. Personas con menor deterioro físico y mental son personas mas capacitadas para tomar decisiones serenas sobre su deseo de consumo, su deseo de iniciar programas de recuperación. Facilitar este tipo de programas aleja a este colectivo de la marginalidad al empoderarlos y hacerles sentir que forman parte de un colectivo, de un grupo y favorece su compromiso para mantener una vida algo mas ordenada y alejada del tráfico ilegal de sustancias.

Los programas para las personas con consumos de sustancias no prescritas deben estar diseñados, dirigidos y supervisados por personal cualificado con grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte. Solo este tipo de profesionales son capaces de desarrollar programas con la seguridad y profesionalidad que estas personas merecen. El colectivo de las personas con consumos de sustancias no prescritas presenta lesiones y patologías que deben conocerse a la hora de implementar programas de ejercicios y deporte orientados a mejorar su salud. Idealmente los profesionales encargados de dirigir este tipo de programas deberían disponer del Grado en Ciencias de la Actividad Física y el Deporte y Máster en salud y prescripción del ejercicio físico en al ámbito de la salud. El conocimiento de un deporte, o su práctica prolongada, las ganas o la buena voluntad no es

suficiente, y en muchos casos es contraproducente, a la hora de desarrollar este tipo de programas. En muchas situaciones nos encontramos con profesionales sociales o sociosanitarios desarrollando este tipo de programas lo que es altamente peligroso y absolutamente irregular (Ley 3/2008, de 23 de abril, del ejercicio de las profesiones del deporte.)

UN PROPÓSITO EN LA VIDA

Las personas con consumos de sustancias no prescritas por las múltiples situaciones de marginación, pobreza, falta de vivienda, deterioro físico y psíquico, la confrontación con el mercado ilegal, etc...han perdido su propósito en la vida y los programas de ejercicio y deporte pueden ser catalizadores de recuperar ese propósito.

Ir a entrenar cada día, practicar boxeo o jugar un partido de futbol, básquet o handball puede conectar emociones relativas a la infancia y la adolescencia temprana que faciliten un deseo de “volver” a ser felices como en tiempos pasados. Hay miles de ejemplos de personas que han re-conectado con un propósito vital a través del deporte.

Experiencias como street soccer, programas de boxeo para usuarios de salas de consumo, equipos de trail-running que facilitaron la conexión con la naturaleza o los programas de triatlón que sport2live desarrollo en los años 2013-2018, o programas de investigación Erasmus+ como Reintegration through Sport - **The role of Sport in Addiction Recovery** ofrecen evidencia de la contribución del deporte y la actividad física como elemento vital al ofrecer una amplia gama de beneficios a largo plazo para la salud mental y física de las personas con consumos de sustancias no prescritas son ejemplos de como el ejercicio y el deporte ayuda a crear ese propósito vital tan importante a la hora de desarrollar una vida plena, ordenada y feliz.

Los programas de ejercicio y deporte para las personas con consumos de sustancias no prescritas presentan índices óptimos coste-beneficio y deben incorporarse en todos los abordajes, en los programas de las entidades que trabajan con este colectivo o en los programas públicos dirigidos a mejorar la salud y el bienestar de las personas con consumos de sustancias no prescritas.

LTJ45 Les biblioteques públiques som un actiu de salut, ho sap tothom?

Montserrat Espuga

DIRECTORA DE LA BIBLIOTECA FONT DE LA MINA DE SANT ADRIÀ DE BESÒS DES DE L'ANY 2011. HA ESTAT MEMBRE DE LA SECCIÓ DE BIBLIOTEQUES PÚBLIQUES DE LA FEDERACIÓ INTERNACIONAL D'ASSOCIACIONS DE BIBLIOTEQUES DES DE L'ANY 2013 AL 2021. ÉS MEMBRE DEL GRUP DE TREBALL D'INFORMACIÓ EN CIÈNCIES DE LA SALUT DEL COL·LEGI DE BIBLIOTECARIS DE CATALUNYA. HA DESENVOLUPAT DIFERENTS PROJECTES DE BIBLIOTECA SOCIAL I COMUNITÀRIA, HA PUBLICAT ARTICLES ESPECIALITZATS I HA PARTICIPAT EN NOMBROSOS CONGRESSOS I JORNADES TÈCNIQUES.

COM FUNCIONEM LES BIBLIOTEQUES PÚBLIQUES DE CATALUNYA

El Sistema bibliotecari de Catalunya (1)¹ “és el conjunt organitzat de serveis bibliotecaris existents a Catalunya. L'integren la Biblioteca de Catalunya: Biblioteca nacional i patrimonial, el Sistema de Lectura Pública de Catalunya (biblioteques públiques), les biblioteques universitàries, les biblioteques de centres d'ensenyament no universitari i les biblioteques especialitzades.

Les biblioteques públiques són espais oberts i dinàmics de trobada, integració i interacció, on els ciutadans poden relacionar-se, desenvolupar-se en les àrees del seu interès i conèixer la societat que els envolta.

Els seus fons documentals reflecteixen la diversitat cultural i ideològica de tots els sectors de la societat, i alhora promouen els nostres valors culturals i socials com a país: recollint, conservant i facilitant la consulta de tots els materials relatius a la informació local.

La seva relació amb tots els àmbits del saber i el seu accés lliure facilita la difusió del coneixement, a través de totes les possibilitats que ofereix la tecnologia, i afavoreix l'acostament a les expressions culturals i artístiques a través de les activitats que programen.

Les biblioteques públiques són equipaments fundats, gestionats i finançats a través de l'administració local, amb el suport de l'administració autonòmica. Constitueixen un servei cultural bàsic que, d'acord amb la normativa vigent, han de prestar tots els municipis de més de 5.000 habitants.

Actualment, a Catalunya existeixen 415 biblioteques públiques, de les quals 12 són bibliobusos que donen servei en municipis de menys de 3.000 habitants.



LA XARXA DE BIBLIOTEQUES MUNICIPALS (XBM)

La Xarxa de Biblioteques Municipals està formada per més de 225 biblioteques i 10 bibliobusos, que treballen conjuntament amb uns mateixos estàndards de qualitat de servei, tot garantint l'equilibri territorial en l'accés al servei de lectura pública. En aquest moment la Diputació de Barcelona dinamitza una campanya de promoció de la Xarxa de Biblioteques Municipals arreu dels territoris de la demarcació: «Una biblioteca a la teva vida». Aquesta campanya, que comença el dia 28 de març del 2022, respon a les següents línies d'actuació de l'actual Pla d'actuació de Biblioteques XBM:

- Posar en valor la biblioteca com a punt de trobada de la ciutadania amb la lectura i el coneixement.
- Destacar en el valor públic de la biblioteca: l'impacte i la comunicació del servei.
- Difondre els espais bibliotecaris com a equipaments públics que faciliten la descoberta, l'aprenentatge, la creació i la connexió amb la comunitat.

¹ <https://biblioteques.gencat.cat/ca/biblioteques/estructura_organitzacio/>



I COM ACTUEM?

Bàsicament amb activitats presencials, informació en format digital a través de la pàgina web (<https://bibliotecavirtual.diba.cat>) i facilitant l'accés a serveis de continguts digitals (BiblioDigital) i accés a Internet amb el carnet de la biblioteca.

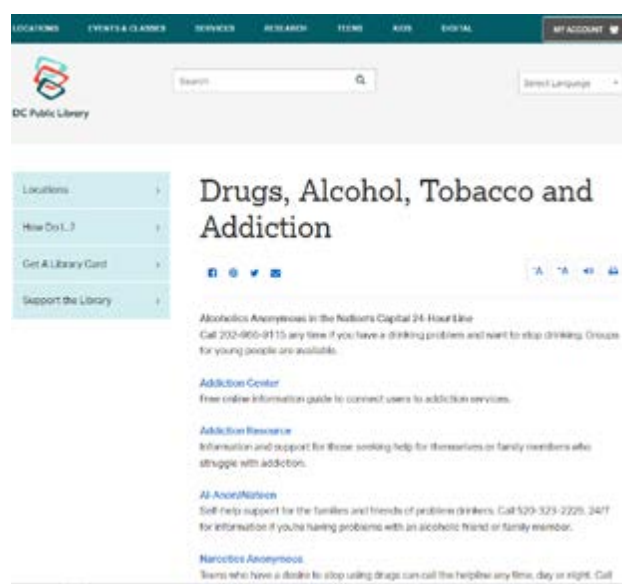
ACTIUS DE SALUT, HO SÓN LES BIBLIOTEQUES CATALANES?

La definició que trobem a la pàgina de la web del Departament de Salut és aquesta:

“Un actiu és un recurs que dona salut i benestar a les persones o els grups d’una comunitat. Persones, entorns, equipaments i activitats comunitàries poden ser actius. El mapatge d’actius és un element fonamental en processos de salut comunitària”

Quan busquem al cercador de serveis (2)² (maig de 2022) ens dona un resultat de 721 actuacions. Si mirem en detall, veiem que les dades no estan actualitzades, algunes per exemple són del 2019 i el servei al qual fa referència no sempre pot ser un actiu “amb activitat”. I més concretament, quan he intentat localitzar exemples d’accions de biblioteques catalanes dedicades a

les adiccions he trobat només exposicions <https://www.projectehome.cat/es/exposicion-tu-tens-la-clau-2022/>. Ampliant la recerca, he identificat notícies a la premsa digital sobre incidents a les biblioteques relacionats amb el consum, el comportament de persones sota els efectes d’alguna substància, etc. No he localitzat cap pàgina similar a aquesta de la Xarxa de Biblioteques de Washington DC,³ on s’exposen tots els serveis que ofereix la comunitat en relació a les drogues, tabaquisme i addiccions a la ciutat de Whashington (3).



2 https://salutpublica.gencat.cat/ca/sobre_lagencia/Plans-estrategics/pinsap/Accions-eines-i-projectes-relacionats/actius-i-salut/cercador-dactius-i-salut/

3 Drugs, Alcohol, Tobacco and Addiction. Whashington DC. <https://www.dclibrary.org/node/174>.

Libraries and Community Homelessness		
Inspiration for serving library users who have no safe, reliable place to sleep each night		
People who are experiencing homelessness are forced to live their private lives in public. Libraries can provide a safe, welcoming space of relative privacy.		
	Community Needs Assessment Gather data to determine the extent and nature of homelessness in your community	✓ Local & federal statistics ✓ Educational institutions ✓ Faith communities ✓ NGOs ✓ Local agencies ✓ Ask those affected
	Library Assessment Review library policies, staff attitudes, collections, resources, services, and trainings	✓ Address issues ✓ Luggage, sleeping and odour policies ✓ Design training program ✓ Fines and fees
	Build Partnerships Identify potential partner organizations, reach out, meet regularly, and share ideas	✓ Invite local service providers to library meetings ✓ Explain library services and elicit ideas ✓ Include homeless youth-serving organizations
	Professional Education Provide staff education about the lives of refugees & people affected by homelessness	✓ Include causes of homelessness & effects of trauma ✓ Include education on LGBTQ+ homeless youth ✓ Invite presenters with relevant life experience
	Update Language Post, share, and discuss respectful language around homelessness and refugee status	✓ Use appropriate gender pronouns ✓ Provide resources in your community's languages ✓ Use person-first language e.g. "person experiencing..."
	Develop Needed Services Develop new services for refugees and those experiencing homelessness	✓ Invite partner agencies to offer services on-site ✓ Community resource referrals ✓ Extra Internet time ✓ Free printing
	Marketing Update your website, create easy-to-read pamphlets, publicize your services locally	✓ Local agencies ✓ Churches ✓ Social media ✓ Food banks ✓ Community centers ✓ Shelters
	Funding Organize a group to apply for grants from government and NGOs	✓ Create a library fundraising group ✓ Reach out to local sources

He localitzat un informe sobre biblioteca pública i opiacis, *Public Libraries Respond to the Opioid Crisis with Their Communities* (3),⁴ que es centra en l'estudi de l'impacte dels opioïdes a les comunitats dels Estats Units. Les biblioteques públiques escullen ser part de la resposta comunitària. Amb els fons de l'Institut de Serveis de Museus i Biblioteques, i en associació amb l'Associació de Biblioteques Públiques (PLA) i OCLC s'ha elaborat un estudi a vuit biblioteques públiques i els seus respectius socis comunitaris, que es basa en entrevistes amb el personal de la biblioteca, organitzacions associades de la comunitat i els membres de la comunitat. Aquesta investigació mostra els següents resultats:

- Augment dels recursos rellevants disponibles per a la comunitat, com naloxona i kits de desintoxicació de drogues.
- Va tenir un impacte positiu en la vida dels usuaris.
- Major consciència i coneixement de la comunitat sobre la crisi dels opioïdes.
- Va començar a abordar l'estigma sobre el trastorn per ús de substàncies.
- Augment de la percepció positiva de la biblioteca.
- Va desenvolupar noves aliances i va expandir les existents, la qual cosa va resultar en esforços coordinats que satisfan millor les necessitats de la comunitat.
- Va arribar a altres biblioteques i organitzacions comunitàries.

A les biblioteques catalanes, en principi no hi ha programes específics per les persones amb necessitats especials que no pugui donar resposta la biblioteca dins de la seva oferta de serveis. Habitualment, establim contacte amb les agents socials de cada municipi

i també informem a aquests usuaris de quins són els serveis per tal que si puguin adreçar. Alguns exemples poden ser permetre l'ús dels WC per que es puguin netejar o destinar un espai perquè puguin deixar les seves pertinències durant el temps que fan ús dels serveis de la biblioteca.

LA BIBLIOTECA FONT DE LA MINA, ACTIU DE SALUT

A la biblioteca en aquest moment tenim dos projectes específics de Salut Mental:

- Hort-i-Cultura: es tracta d'una activitat d'hort urbà que es combina amb activitats culturals, com poden ser lectures, visionats d'audiovisuals, etc.
- Sent i Mou-te: és una activitat on es treballa més els sentits i el moviment. Alguns exemples d'accions són el "Truita feta a casa o comprada al supermercat" i "Escoltem, Cantem, Sentim".

⁴ Public Libraries Respond to the Opioid Crisis with Their Communities (Summary Report and Case Studies From OCLC Research). Ohio: OCLC, 2019. <<https://www.oclc.org/content/dam/research/publications/2019/oclcresearch-public-libraries-respond-to-opioid-crisis-summary-report.pdf>> i <<https://www.oclc.org/content/dam/research/publications/2019/oclcresearch-public-libraries-respond-to-opioid-crisis-case-studies.pdf>> [consulta 6/05/2020].



Biblioteca de La Mina.

I QUÈ NO FEM? FEM UNA MICA D'AUTOCRÍTICA

Hauríem de reflexionar si tenim resposta per a aquestes preguntes.

- L'oferta de serveis de la biblioteca i activitats està actualitzada i respon a les necessitats dels usuaris amb necessitats especials?
- Hem preguntat als professionals de la salut o serveis socials quines són les necessitats concretes?
- Sabem quantes accions duem a terme o donem resposta a consultes?

Com a conclusió, m'agradaria dir que la col·laboració entre diferents agents (socials o d'atenció a les persones, de la salut i de la cultura) hauria d'esdevenir l'eix vertebrador de projectes comuns, multidisciplinaris i multiculturals. Des del meu punt de vista personal, les biblioteques hem d'anar més endavant, esdevenint agents facilitadors i dinamitzadors d'accions comunitàries. Les col·laboracions es poden materialitzar des de l'oferiment dels espais per a trobades puntuals o continuades fins a proporcionar una adreça i número de telèfon per a persones amb alta vulnerabilitat.

BIBLIOGRAFIA

- Chancellor, Renate L. (2019) "Communities in the Crossfire: Models for Public Library Action," *Collaborative Librarianship*: Vol. 11: Iss. 1, Article 9.: <https://digitalcommons.du.edu/collaborativelibrarianship/vol11/iss1/9>
- IFLA (2017). *Guidelines for Library Services to People Experiencing Homelessness*. Disponible a: <https://repository.ifla.org/handle/123456789/768> [consulta 6/5/2022]
- IFLA (2017). *Libraries and Community Homelessness (Checklist)*. Disponible a: <https://repository.ifla.org/handle/123456789/769> [consulta 6/5/2022]
- Goodson, Leatrice; Moore, Alanna Aiko; Friedman, Lia; Robles-Fradet, Philippe; and Almodovar, Rachel (2021) "Library Community Collective: Advocating for Social Justice through Community Conversations," *Collaborative Librarianship*: Vol. 13: Iss. 1, Article 3. Disponible a: <https://digitalcommons.du.edu/collaborativelibrarianship/vol13/iss1/3>
- Grove, Cindy. (2020) *Libraries and the substance abuse crisis : supporting your community*. Chicago: ALA Editions.

LTJ46 ALTERARTE

Blanca Gimeno

COORDINACIÓ ALTERARTE | XARXES SOCIALS: ALTERARTECFP

ALTERARTE@CFPMARESME.ORG | WWW.ALTERARTECFP.ORG | WWW.CFPMARESME.ORG

Alterarte és un programa artístic, educatiu i comunitari nascut l'any 2002 de la mà de l'associació Centre de Formació i Prevenció (CFP) (www.cfpmaresme.org), de la que forma part.

Es va iniciar com una activitat artística de centre de dia per a persones amb problemes de salut mental, que pretenia ser una via d'expressió dins les activitats del pla funcional d'activitats; arrel d'aquesta activitat es facilitava, a les persones amb més obra, la oportunitat de fer exposicions i mostrar-la al públic.

Alterarte va créixer fins a comptar amb un espai i una comunitat propis. A dia d'avui, Alterarte és un equipament cultural concebut per a desenvolupar una activitat artística, formativa i de difusió de l'art contemporani, amb el ferm compromís de col·laborar amb el benestar de les persones.

És un projecte inclusiu i activador del teixit local, un centre artístic realment innovador. No tant sols ens limitem a acostar l'art contemporani al públic en general, no es tracta només de donar a conèixer l'obra dels nostres artistes, sinó que desitgem que el públic que s'acosta al nostre espai desenvolupi les pròpies capacitats artístiques, promovem subjectes actius davant l'art. Per això, facilitem un espai i proporcionem les eines necessàries perquè es creïn sinèrgies i intercanvis entre els artistes, o les seves obres, i totes aquelles persones i col·lectius que s'acosten a col·laborar.

Incentivem i aprofitem sempre que és possible les oportunitats d'unir-nos a xarxes d'equipaments ja existents. També ens oferim com a node de connexió entre diverses persones i col·lectius.

Creiem fermament en els beneficis de l'art. Després de tantíssims treballs realitzats, podem constatar els beneficis de treballar en l'àmbit artístic no només des de l'arteràpia, sinó des de la perspectiva d'entendre l'art com un acte creatiu i reflexiu que ens permet canviar els punts de vista, conèixer des de altres perspectives i relacionar-nos de maneres diferents.

L'objectiu d'Alterarte és crear un espai on es difuminen les fronteres entre l'artista, la obra, el públic i els col·lectius participants. Per aconseguir-ho gestionem un espai on poder proporcionar les eines necessàries i

realitzar activitats perquè els participants desenvolupin un pensament crític vers la societat que ens envolta.

- Facilitem l'intercanvi social a través de l'art de manera que les persones usuàries desenvolupin el seu rol d'artistes, en totes les seves vessants. Des de l'aprenentatge i pràctica de noves tècniques artístiques, passant per conèixer els recursos artístics que ofereix la comunitat, fins a la realització d'exposicions.
- Dotar a les persones vinculades a Alterarte de recursos per a millorar aspectes personals tals com l'autoestima, la seguretat o la capacitat de relacionar-se.
- Utilitzar la pràctica artística com a canal d'inclusió comunitària i de creació d'una identitat col·lectiva.
- Sensibilitzar a la comunitat i lluitar contra l'estigma vers els col·lectius dels que formen part els artistes.
- Ser un punt de referència a nivell estatal en el procés de rehabilitació i reconeixement de les persones diagnosticades de trastorn mental sever, així com un espai node d'art inclusiu.

El recurs està ubicat a Mataró i es destina principalment a l'àrea geogràfica del Maresme Sud. Està obert a la participació d'artistes i associacions culturals.

L'activitat d'Alterarte està especialment adreçada a totes aquelles persones o col·lectius que tradicionalment han estat més allunyats de les pràctiques artístiques. Per exemple, persones en risc d'exclusió, persones amb a diversitat funcional, persones refugiades, joves amb problemes d'escolarització, col·lectius de dones, etc...

L'activitat principal del recurs és el disseny i realització de projectes artístics educatius i comunitaris diversos, així com la gestió de l'espai; un espai plurifuncional obert a la ciutat que promou l'experimentació, en diverses disciplines artístiques. Formem participants actius durant processos de creació col·lectiva on la obra final va destinada a la comunitat.

Comptem també amb programes de formació i activitats d'experimentació creativa adreçades a persones amb malaltia mental. També amb una oferta en cursos tant teòrics com pràctics adreçats a col·lectius diversos i públic general.

Alterarte és, doncs, un lloc de trobada d'artistes i col·lectius per generar integració i diàleg sobre el fet artístic.

Des del nostre recurs facilitem diferents serveis de manera que cada persona vinculada pugui trobar el seu espai particular amb les necessitats personals i el procés de rehabilitació en el que es troba. És per això que disposem de diversos serveis que cada individu aprofita de la manera que necessita i del moment en el que es troba, nosaltres els acompanyem en tot procés.

Es disposa d'espais oberts a artistes que tinguin interès en treballar en un local compartit, on es pretén que l'artista pugui desenvolupar la seva obra de manera individual, amb material propi i passen a ser col·laboradors i tenen dret a exposar-la. És en aquestes dinàmiques on es creen sinèrgies entre grups i artistes, on els artistes residents comparteixen opinions sobre obres, es donen col·laboracions i s'obren vies per a establir relacions inclusives entorn a l'art.

Durant tot l'any es realitzen tallers artístics específics per persones derivades dels serveis de rehabilitació comunitària, amb problemes derivats de una malaltia mental greu, gestionats per professionals del sector de les arts i la salut, amb temàtiques diverses i adaptats al col·lectiu de salut mental. La proposta d'aquests tallers és potenciar les capacitats creatives dels participants, desenvolupar la imaginació i adquirir coneixements a través de diferents tècniques i disciplines artístiques. Pintura, escultura, dibuix, pintura mural col·laborativa, enquadernació, manualitats, etc.

Creiem que la inclusió rau en el treball conjunt, i és per això que obrim espais de taller artístic dirigits a persones de la comunitat que tinguin interès o curiositat per l'art, sense necessitat de tenir diagnòstic en salut mental ni experiència prèvia en arts. Les activitats es fonamenten en l'experimentació i l'ajuda de diverses tècniques artístiques. A través de l'aprenentatge de diferents maneres d'expressió cada persona pot treballar el seu procés creatiu, dirigit per una artista i arteterapeuta que acompanya en la experimentació de tècniques per trobar el propi camí expressiu.

També disposem d'un espai expositiu, el nostre local està ubicat en un entorn privilegiat al centre de Mataró i a peu de carrer amb vidrieres que ens permet ser un aparador on mostrar la feina que fem. Espai com a punt de trobada entre els assistents al centre i els artis-

tes d'Alterarte, on dinamitzar activitats i trobades per al públic visitant; una porta oberta al públic.

Com a entitat de referència, es gestiona un volum d'informació i derivació de participants a recursos en xarxa, com centre cívics, espais joves, i centres de formació reglada Això inclou la coordinació amb equips d'educadors i l'acompanyament dels usuaris per a la seva vinculació.

Donar visibilitat a l'obra i la feina que fem és prioritari per a i lluitar contra l'estigma que pateixen les persones amb problemes de salut mental. Per això, l'activitat d'Alterarte s'explica a través de les xarxes socials i de la presència de persones que en formen part a mitjans de comunicació locals.

En el procés d'acompanyament contemplem la tutorització de projectes artístics personals. Es fa un seguiment individual amb l'usuari dels seus interessos, vinculació a Alterarte i als recursos que s'ofereixen, així com l'evolució de la obra que realitza cadascun d'ells. Arrel del treball individual fet amb cada usuari, hi ha una evolució. Es motiva als participants a realitzar exposicions mostres i a tirar endavant projectes individuals.

Pensem projectes comunitaris en col·laboració amb altres entitats i col·lectius com ara:

Càpsules en col·laboració amb Museus

Treballem durant varies sessions l'obra exposada en algun museu, coneixem l'obra de l'artista i treballem la seva obra amb alguna proposta pràctica, finalment donem visibilitat amb una exposició o acció a la comunitat.

Dissabtes culturals

En col·laboració amb museus de Mataró obrim espais inclusius a la ciutat, organitzant visites guiades per a grups autònoms amb interès cultural i en horaris lúdics. L'objectiu és crear vincles amb la ciutat i en el grup amb interessos comuns.

Parelles artístiques

Participem del projecte de Osonament en el que dos artistes, un d'Alterarte i un altre de la comunitat, prospectant artistes de la comarca del Maresme que vulguin participar del projecte, facilitant espais, materials i organitzant exposicions per donar visibilitat a l'obra.

Neret

Tenim una relació ferma i de fa molts anys amb l'editorial social Neret Edicions. És en aquesta col·laboració on donem cabuda a la publicació de l'obra dels artistes d'Alterarte en tots els formats possibles, de manera professional i en el sector editorial. Busquem la manera de donar suport a la publicació de la seva obra en una altre format més consumible i col·laborant amb altres artistes del sector de l' escriptura il·lustrant poemaris, per exemple.

Diàlegs

Diàlegs és un projecte que sorgeix de la iniciativa d'intercanvi amb les professores de l'escola d' adults de 4Camins. Dins l'espai plàstic la proposta és crear diàlegs entre dos col·lectius per treballar temes com la llibertat o la por, en format llibretes, en vista a una possible publicació o exposició.

Compartim

Es basa en l'intercanvi d'inquietuds a través de i material artístic amb grups escolars, per parlar de la salut mental a les escoles, aprofitem per explicar els nostres recursos. Es pretén crear un vincle persona- persona, entre un estudiant i una persona amb problemes de salut mental, lluitant contra l'estigma i apropant col·lectius.

PARTICIPA

Finalment deixem les nostres dades i us convidem a conèixer-nos i a començar a viure noves experiències creatives en un espai cultural, artístic i comunitari.

Blanca Gimeno

Coordinació Alterarte

Carrer Jaume Ibran 10, Mataró, 08301 (Barcelona)

Telf: 692834412

alterarte@cfpmaresme.org

www.alterartecfp.org

www.cfpmaresme.org

Xarxes socials: alterartecfp



IMATGES

Les imatges són obres que formen part de l' exposició col·lectiva i itinerant realitzades artistes d'Alterarte. Són obres versionades d'artistes reconeguts de la història de l'art. Amb aquesta exposició pretenem deixar palesa és la qualitat de les obres, la creativitat i les aptituds dels artistes, el seu art té un valor únic i autèntic que mereix ser reconegut. Creat per artistes 'no professionals', la seva expressió creativa desafia les normes establertes i ofereix una visió fresca i innovadora, amb discursos apagats i alternatius no escoltats, a l'alçada d'artistes que han marcat la història.

LTJ47 Centre Ocupacional SERVIM

Pep Pitart

AIDE

L'associació Aide som una entitat declarada d'utilitat pública per la Generalitat de Catalunya que des de l'any 1994 treballem creant, implementant i gestionant projectes dins del camp de les drogodependències a la ciutat de Terrassa i en altres municipis del Vallès Occidental des del paradigma de la Reducció de Danys. Estem oberts a la ciutat i les persones que hi viuen, donant resposta a les seves necessitats vitals, lluny de l'assistencialisme i paternalisme tot fomentant l'autonomia dels i les participants dels projectes.

En aquesta línia, esdevé eix estratègic d'actuació afavorir els escenaris vitals per assolir la participació activa de qui forma part dels nostres projectes, no únicament receptors/es passives de serveis assistencials en totes les seves modalitats.

Per poder assolir aquest plantejament estratègic, els 28 anys d'experiència en el camp de les drogodependències ens ha permès consolidar un modus de pensament centrat en la persona, orientat a possibilitar que qui hi participi trobi resposta als seus neguits, anhels i necessitats vitals.

L'Associació Aide tenim molt clar que una de les claus de l'èxit dels projectes és que l'equip professional que els desenvolupen tinguin capacitat d'adaptar-los al temps i la realitat social del moment. Aquesta capacitat no ha de ser només tècnica, amb això no n'hi ha prou, ha de ser també actitudinal, fugint de les mirades auto-complaents que diuen que si una cosa funciona, no s'ha de tocar. El COS SERVIM funciona des de l'any 2002, i com des del primer dia ha funcionat sempre hem dit: com el podem millorar?

Des de l'any 2002 fins aquest 2022 la societat ha canviat i les circumstàncies, causes, conseqüències, usos i costums de les persones consumidores de drogues també. Des del Taller Pre-Laboral de Baixa Exigència per a Usuaris de Drogues d'aleshores fins al Centre de Dia COS SERVIM han passat 20 anys, i durant aquest temps hem canviat l'operativa però mantenint l'essència, que no és una altra que acompanyar persones. L'any 2002, la mirada d'aquell moment era poder acompanyar la persona atesa (bàsicament d'un home consumidor d'alcohol o d'heroïna per via injectada) en un procés d'adquisició de competències la-

borals, orientada evidentment a trobar i mantenir un lloc de feina amb el suport de l'equip professional que guiava el seu procés. La inserció laboral era considerada a nivell social de forma majoritària la millor manera de socialització. A dia d'avui el concepte que nosaltres considerem elemental que pot permetre a les persones assolir els objectius que es plantegin és satisfer les que per nosaltres són les necessitats bàsiques i essencials de les persones: sostre, alimentació i ocupació, aquest terme diferenciat del concepte treball. Sense la cobertura i satisfacció d'aquestes, difícilment es poden iniciar, mantenir i consolidar processos de canvi d'actituds i presa activa de decisions amb possibilitats d'èxit.

COS SERVIM (Centre Ocupacional SERVIM) pretén doncs abordar la tercera de les necessitats bàsiques que hem plantejat, l'ocupació. Aquest terme l'entenem com tenir un lloc on anar i tenir una tasca a realitzar en un espai interactiu amb altres persones, companys i companyes i professionals de l'Educació Social, la Integració Social i monitors/es activitats ocupacionals. Poques coses hi ha menys agradables que llevar-se un dia i un altre sense saber què fer ni on anar, i el nostre Centre de Dia possibilita que des de l'acceptació i no penalització del consum, cada dia de dilluns a divendres de 09:00h a 13:00h i de 15:00h a 18:00h poden participar des de la baixa exigència en un espai terapèutic que proposa un acompanyament integral, gens dirigista i amb perspectiva comunitària a persones amb dificultats associades al consum de drogues.

El paradigma de la Reducció de Danys en drogodependències, segons el nostre criteri, no s'ha de circumscriure exclusivament als espais de consum o en programes en els quals les substàncies i la manera de consumir-les són l'eix fonamental de les intervencions. Consumir drogues també és una elecció personal, i per tant, el projecte Centre de Dia COS SERVIM és un espai de referència a la ciutat de Terrassa per aquelles persones consumidores de substàncies legals o il·legals i per qualsevol via de consum, que han iniciat processos personals que no han de passar obligatòriament per l'abstinència. Des de la mirada de la Reducció de Danys, i per tant sense la condició inexcusable de fer un procés pautat i sistemàtic de recerca de l'abstinèn-



Obra versionada per Rut G., original de Picasso *Dona amb barret*

cia, les persones amb consums actius tenen un espai terapèutic on poder treballar-se els processos personals de presa de decisions, no només en relació amb les drogues sinó en tots els àmbits de la seva vida. Les persones que assisteixen al Centre de Dia no són només consumidores de drogues, són éssers complets i que contemplen, a l'igual que les persones que no en consumeixen, una gran varietat de circumstàncies que els han dut, entre altres coses, a tenir un estil de vida en el qual les substàncies i tot el que el seu consum comporta tenen una importància significativa. Així, acompanyem en la gestió d'aquests ítems que seran els que possibilitaran l'escenari que més ens pot satisfer, i és que la persona

pugui decidir el seu estil de vida i viure'l amb la màxima qualitat possible.

La metodologia que apliquem al COS SERVIM és un acompanyament en grup al voltant de tasques de manipulats senzills d'empreses que ens faciliten ocupació (que no treball) que es compagina amb activitats lúdiques, formatives, comunitàries, artístiques... amb la mirada posada a l'adquisició o recuperació d'hàbits saludables de vida, competències relacionals, rutines saludables i qualsevol faceta en que requereixi acompanyament. Considerem que el consum de substàncies, més enllà d'una decisió pròpia, és una conseqüència més de tota una sèrie de circumstàncies prèvies, cadas-

cú les seves, i per tant, acompanyem a les persones en el reconeixement d'aquestes situacions amb l'objectiu de què, una vegada presa consciència de les mateixes, desenvolupin mecanismes propis per gestionar-les.

El valor afegit d'aquesta manera d'acompanyar és que es trenquen les barreres que les entrevistes pautades, els despatxos, les taules i els ordinadors provoquen. Mentre professionals i participants (que no usuaris/es) fan coses junts, la comunicació terapèutica flueix. Així doncs, l'equip professional i els participants interactuen de manera conjunta en la realització de les tasques que l'empresa demana, i mentrestant es "treballa" en un ambient tranquil, sense presses ni estrès però garantint la qualitat de l'article que es manipula. Les converses grupals, i per tant l'acompanyament terapèutic, giren al voltant de la vida, de les esperances, dels conflictes, dels neguits i la manera de gestionar-los, i en general, de tot allò que els pot permetre visualitzar escenaris vitals positius i gestionar els elements no satisfactoris. No deixa de ser, salvant totes les distàncies, una entrevista motivacional continuada, un dia darrere un altre, a demanda sempre de la persona; si un dia no té ganes de parlar se li respecta.

Actualment la base d'aquests manipulats és la preparació i envasament de sal alimentària, que no és res més que l'excusa per que tal i com hem dit ocupin el seu temps en una activitat amb un gran valor afegit, doncs l'envasament de sal es comercialitza i distribueix per tot el món i això genera satisfacció i sentiment de fer una feina reconeguda. A més, el recurs permet treballar l'autoestigma que en molts casos incorporen en el seu dia a dia, doncs trenca la idea que lamentablement en algunes esferes de la societat perdura, de què els i les consumidores de substàncies no poden exercir activitats en un espai normativitzat. Les visites que venen al COS veuen unes instal·lacions netes i endreçades, així com un ambient relaxat i cooperatiu.

Cada participant té un Programa d'Atenció Individualitzat i acordat, que esdevé el punt de partida de la resta d'intervencions i acompanyaments que amb ell/a es realitzarà. Aquests acompanyaments són multifactorials, relacionats amb mediacions familiars, temes administratius, sanitaris, judicials i qualsevol altre que la persona verbalitzi.

El COS ofereix:

- Ocupació de qualitat als seus participants
- Un espai de treball personal a través de diferents feines de manipulats.
- Beques per la feina feta.

- Seguiment individualitzat.
- Coordinació professional amb altres recursos.
- Dinàmiques de grup.
- Acompanyament mèdic qui així ho demani.
- Suport en la gestió econòmica per optimitzar els ingressos.
- Acompanyament en gestions a nivell administratiu i/o judicial.
- Mediació familiar per afavorir relacions positives.
- Suport en la recerca i manteniment d'habitatge.
- Lots aliments 2 cops per setmana (dimarts i dijous)

El perfil de les persones participants és homes i dones de totes les edats (tot i que la franja d'edat majoritària es de 45 a 55 anys) amb problemàtiques associades al consum de substàncies legals o il·legals. Generalment les persones que tenen intenció de participar al projecte manifesten la necessitat de dur a terme un canvi a les seves vides que com ja hem comentat, no necessàriament ha de ser deixar el consum de substàncies. La substància principal de consum es variada, majoritàriament alcohol, heroïna i cocaïna. Les noves incorporacions i la major part de les persones que ja hi participen al projecte, estan vinculades a altres recursos de la ciutat de Terrassa, fet que permet la coordinació amb els mateixos amb l'objectiu d'acompanyar de manera més efectiva els processos personals dels i les participants.

Ressaltar el fet que darrerament s'ha incrementat la demanda de participació de dones en aquest espai, i que per donar resposta a aquesta necessitat, des d'un plantejament interseccional, s'ha incorporat un espai d'empoderament no mixte per enfortir la seva presència en el grup heterogeni. Aquest plantejament està revestit de creixement personal, compartir experiències, sabers i aprenentatges, i en definitiva, sororitat entre professionals i dones participants anomenat Aïde Dona.

Com a exemple d'activitat artística, desenvolupem el taller Canta la Vida on els participants poden expressar la seva sensibilitat artística a través de la música, ja sigui tocant un instrument o cantant. Està guiat i assessorat per dos músics voluntaris que van ser estudiants en pràctiques d'Educació Social i Integració Social respectivament, que preparen i adapten temes musicals per ser interpretats.

En definitiva, el COS SERVIM esdevé un recurs on des de l'acceptació del consum acompanyem persones, amb un eslògan que resumeix la nostra activitat: no només parlant s'entén la gent; les persones s'entenen fent coses juntes.

LTJ48 Grup focal amb persones en consum actiu de la comunitat georgiana

Mercè Fullà, Sandra Comas, Jordi Fornell, Neus Llop, Ariana Gelón, Elm Perna

EQUIP SOCIOEDUCATIU REDAN LA MINA | EDSREDANMINA@PSMAR.CAT | WWW.PARCDESALUTMAR.CAT

Davant l'augment de persones georgianes en consum actiu a la província de Barcelona durant el període 2018-2021 es planteja realitzar un grup focal per a fer un recull d'informació d'aquest col·lectiu i conèixer les necessitats que presenten.

Es realitza un grup de treball format per diferents professionals de reducció de danys de diferents recursos de Barcelona i rodalies per a elaborar un guió detallat.

Es va plantejar fer dos grups focals en horaris diferents per englobar tots els perfils possibles. En un principi s'havia plantejat per fer-ho amb deu persones, cinc per grup, però finalment van assistir-ne sis en total. La durada dels grups focals va ser aproximadament d'una hora i mitja i era una activitat remunerada. Durant el transcurs d'aquesta es va fer enregistrament per àudio amb prèvia autorització dels participants.

Els grups focals es van realitzar el 29 de desembre del 2021 al centre REDAN la Mina de manera presencial per proximitat física i volum de persones usuàries.

El grup focal estava format per a dues educadores socials i la treballadora social del REDAN de la Mina que tenien el paper de moderadores i dinamitzadores, una intèrpret i els participants.

Els objectius principals eren:

- Obtenir informació sobre el coneixement i necessitats de les persones usuàries de drogues d'origen georgià respecte als serveis i recursos socio-sanitaris.
- Obtenir informació sobre el coneixement respecte els riscos relacionats amb el consum de drogues.
- Identificar possibles mancances i/o necessitats per tal de millorar-ne l'atenció
- Identificar possibles barreres en l'accés als serveis i recursos assistencials.

El guió estava dividit en diferents apartats i blocs temàtics:

- Consum, pràctiques de consum i riscos.
- Metadona.
- Coneixements de serveis d'atenció a les drogodependències i altres serveis.

- Accés a la informació.

Dins de cada bloc es van formular diverses qüestions que es volien abordar per a generar debat. A continuació presentem els participants i exposem les conclusions extretes de les preguntes realitzades durant el Grup focal.

PRESENTACIÓ. BREU HISTÒRIA DE VIDA D'USUARIS PARTICIPANTS

- Us1. Home de 47 anys, porta 2 anys a Espanya, el seu germà també està aquí en la mateixa situació que ell. Des de que arriba consumeix. Antecedents de marihuana. Situació de sensellarisme.
- Us2. Home de 42 anys, porta 8 anys a Espanya, parla castellà. Abans d'estar a Catalunya treballa a França. El consum s'inicia a Europa, però s'incrementa quan arriba a Catalunya. Situació de sensellarisme
- Us3. Home de 40 anys que porta 2 anys i mig aquí i un any consumint. Fa 10 anys que consumia a Geòrgia arrel de la mort del seu pare torna a fer-ho. El seu principal problema es que no treballa. Viu amb la seva dona.
- Us4. Home de 38 anys, Fa 6 mesos va tenir una hemorràgia i els metges a Geòrgia li van receptar morfina generant una dependència. Fa un mes que arriba a Barcelona per tractar-se una malformació arteriovenosa localitzada en el tronc cerebral ja que a Geòrgia no hi havia tractament. Des de que arriba aquí es consumidor ja que aquí no li recepten morfina. Comparteix pis. EXITUS.
- Us5. Home de 27 anys. Fa 2 anys que està a Catalunya. Està esperant el seu primer fill. Viu amb la seva dona. Fa 4 anys que es consumidor i ha estat abstinent en el procés de quedar-se embarassat.



- Us6. Home de 32 anys. Fa 10 anys que està a Espanya. Té un fill de 9 anys. Tan la dona com el fill viuen a Geòrgia. Fa 4 anys que consumeix.

CONCLUSIONS EXTRETES PER BLOCS DEL GRUP FOCAL

- **Consum, pràctiques de consum i riscos:** Penseu que les persones georgianes tenen alguna característica específica a l'hora de consumir?
 - Consum predominant speedball per via endovenosa.
 - Els sis participants consideren que les persones georgianes no tenen cap característica comuna i específica a l'hora de consumir, tot i que quan desenvolupen la resposta, especifiquen que, els agrada compartir el post-consum amb altres georgians en un espai que identifiquin com segur per ells, ja que forma part del ritual de consum quedar-se després parlant.
 - El consum d'heroïna s'inicia en tres d'ells a Geòrgia de manera esporàdica i també per via endovenosa. Els altres el primer contacte amb l'heroïna és a Espanya. Quan arriben a Espanya, aquest consum s'incrementa, pel fet de que troben més accessibilitat per aconseguir les substàncies i menys control policial. Especifiquen que a Geòrgia poden entrar a presó 5
- anys pel fet de portar droga a sobre per consum propi. L'objectiu inicial de l'arribada al país és laboral, però quan no l'aconsegueixen durant un període prolongat inicien el consum.
- La droga aquí està més adulterada que la de Geòrgia, per tant, els cal consumir amb més freqüència.
- En relació amb la família, les persones sense xarxa al territori oculten el consum a la família. En canvi, aquells que conviuen o tenen part de la família aquí, sí que la família és conscient d'aquest consum. Hi ha famílies que donen suport a l'usuari i d'altres on l'usuari no especifica que està en consum actiu, tot i que el sospiten. En tots els casos, donen importància a la necessitat de sentir-se acompanyats en aquest procés.
- **Pràctiques de consum:** Coneixeu quines són les pràctiques segures de consum?
 - Sobre les pràctiques segures de consum, consideren que al estar vinculats al REDAN (centre de reducció de danys) i gràcies a participar a tallers del centre estan més informats i coneixen els riscos i la possibilitat de tractament. Dos dels participants, estan als tallers de VHC. Saben les malalties que pot causar un consum de risc, etc. Tot i així, aquest interès els sorgeix un cop s'han infectat de VHC.
 - A Geòrgia hi ha molts casos de VHC. Molts s'infecten allà i a Espanya és re- infecten. També consideren que aquí hi ha més facilitat d'accés a aquest tractament i arriben al centre per aquest motiu.
 - En el moment que es parla de VIH, gairebé tots els usuaris participants s'incomoden i verbalitzen que no els agrada parlar d'aquest tema.
 - Molts trenquen l'agulla per prevenció. Creuen que d'aquesta manera ningú li donarà ús després a la xeringa i llencen les restes a les escombraries. A altres centres aquest punt no s'ha detectat.
 - Aquí troben tot el material esterilitzat, en canvi a Geòrgia no hi ha opció ni de comprar material d'aquest tipus.
 - En les dinàmiques de consum hi ha una diferència clara entre les persones consumidores que tenen vida normalitzada (sostre, família, xarxa social, feina, etc) i les que es troben en situació de carrer i manca de xarxa/referents. Les que tenen vida normalitzada no s'empor-

ten material a casa, ja que allà conviuen amb altres persones no consumidores. En el cas dels usuaris sense llar el consum diari és més continuat, i si fan ús de l'intercanvi de xeringues (PIX).

- **Metadona Què sabeu sobre la Metadona? Com s'accedeix al tractament?**

- Saben que és i els seus efectes. La compren fins a vincular-se al CAS o quan no poden sostenir el vincle amb el CAS per incompatibilitat horària. A Geòrgia no estaven vinculats al tractament.
- Consideren que la metadona és pitjor que la heroïna, ja que l'abstinència de metadona no es supleix ni consumint heroïna.
- Molts usuaris georgians s'injecten la metadona (en substitució d'heroïna), i la barregen amb cocaïna per crear un speedball.

CONEIXEMENTS DE SERVEIS D'ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES I ALTRES SERVEIS.

- **A part d'aquest centre, quins altres centres socio-sanitaris coneixeu?**

- Coneixen l'existència de diferents espais de les rodalies de la Mina on recollir material higiènic, però no identifiquen ni reconeixen cap CAS més enllà del de la Mina. Com a altres REDAN, reconeixen Baluard, Fòrum i el Bus de Sant Roc, tot i que refereixen no anar-hi.
- Per realitzar tràmits o vincular-se a altres recursos de la xarxa acudeixen a la sala, ja que és on tenen més vincle amb els professionals.
- Tots tenen TSI (targeta sanitària), la demanen per tenir algun document vigent que acrediti que resideixen a Catalunya.
- Saben que al CAS es dispensa la metadona i és on regulen la medicació psiquiàtrica. El principal objectiu que tenen quan es s'hi vinculen és la medicació.
- Saben que existeixen comunitats terapèutiques, només un d'ells ha estat en una (parla

castellà). Els altres mai han fet el pas ja que no els agrada estar tancats tant temps o creuen que no ho necessiten (els que tenen habitatge). A més a més la barrera idiomàtica també és un handicap. També es parla de les normes que haurien de complir i que no volen assumir.

- Coneixen les comunitats evangèliques ja que altres persones de la comunitat georgiana hi han estat i es basen en la seva experiència. Comenten que es molt dur ja que no pots prendre medicació ni pots tenir contacte amb la família.
- Venen a demanar ajuda al REDAN pel vincle que tenen, els que tenen xarxa no.

- **Accés a la informació Us agradaria tenir més informació sobre algun aspecte en concret?**

- Els hi agradaria tenir accés a més cursos amb intèrpret.
- Consideren que és important tenir aquests espais per conèixer i entrar dins la xarxa.

CONCLUSIONS GENERALS

- Quan arriben a Espanya el consum augmenta i es més freqüent.
- Necessitat general de sentir-se acompanyats per la xarxa.
- La barrera idiomàtica és una problemàtica per conèixer i vincular-se a altres recursos i tenir opcions al món laboral.
- A través dels cursos de VHC han après pràctiques segures i són coneixedors del tractament. El fet de tenir traductora al centre facilita l'accessibilitat i la confiança.
- Tots saben què és la targeta sanitària i la volen per tenir algun document oficial de Catalunya. Sensació de seguretat.
- Arriben al REDAN a través d'altres persones georgianes.
- Díficil accés a CT si no coneixen idioma i no entenen el circuit.

LTJ49 Programa para la mediación de conflictos en consumidores activos

Nico Piñeiro, Use Expósito Capilla, Claudia Pérez Rosales

FUNDACIÓ ÀMBIT PREVENCIÓ

Los llamados servicios de Reducción de Daños para consumidores de drogas atienden a un perfil heterogéneo de personas atravesadas por una misma condición, esta es su dimensión como usuarios de sustancias ilegalizadas.

El uso de estas sustancias en el contexto de nuestras sociedades acarrea una serie de problemáticas relacionadas con dicha ilegalidad y persecución. Esta situación legal enmarcada dentro del paradigma de la llamada ‘guerra contra las drogas’ provoca que las personas que usan sustancias fuera de los circuitos normativos se vean abocados a vivir en los márgenes de la sociedad. Esta situación liminar, a su vez, estigmatiza a estas personas y dificulta aún más su participación normalizada en el conjunto de la sociedad.

Los problemas sanitarios, de acceso a los servicios más básicos o la sensación de inseguridad e inestabilidad que sienten las personas que usan drogas y que viven en condiciones de extrema precariedad económica provocan en muchas de estas personas, lógicamente, desajustes en su salud mental, siendo recurrente distinguir sintomatología relacionada con la ansiedad, el estrés o la depresión cuando no directamente algunos trastornos más graves vinculados a largos períodos en situación de calle, bajo las condiciones mencionadas.

Los servicios REDAN tienen su razón de ser en la atención de estas personas desde diferentes perspectivas, la sanitaria, la social y la comunitaria. Durante treinta años estos servicios se han acogido a una visión de soporte a estas personas, acompañándolas en los ámbitos que han demandado y proporcionando espacios de descanso, seguridad y confianza.

Haciendo un poco de autocrítica conviene señalar que eventualmente este soporte ha estado teñido por cierta pátina de la misma sustancia que impregna al resto de servicios generales de atención, pecando de paternalismo por un lado y con una carencia de la mirada propia de las personas a las que se atiende.



Esta última cuestión hace que en muchas ocasiones profesionales y usuarios del servicio no entiendan de la misma forma algunas situaciones, y esto se evidencia de una forma más clara en los casos de conflicto.

En los casos de conflicto que se producen, principalmente en las instalaciones de los servicios, el paradigma punitivista no tiene en cuenta la propia filosofía de la actividad a la que se dedican estos servicios, proponiendo las mismas soluciones que en todos los recursos generalistas, optando por mantener alejado del servicio a la persona que haya ocasionado el conflicto y valorando según unos parámetros propios la sanción correspondiente.

Esta situación ocasiona que las personas que peor gestionan su impulsividad, que en ocasiones puede llegar a manifestarse agresivamente, queden simplemente castigados de los servicios, con todo lo que ello ocasiona.

Nuestra propuesta es revisar este paradigma trabajando para sustituirlo gradualmente por otro basado en el aprovechamiento de esos eventuales conflictos usando el marco teórico de la justicia restaurativa.

De forma simple la propuesta sería enfocar las situaciones de conflicto de forma que no supusieran directamente y de forma inequívoca la expulsión y el castigo según la decisión tomada únicamente por el equipo del servicio. Esta nueva forma de proceder incluiría a la/s persona/s que han tomado parte del conflicto de forma directa, sean exclusivamente usuarios del servicio o usuarios y profesionales del mismo. Es decir, proponemos mediar y resolver los conflictos de manera que supongan una oportunidad de aprendizaje, de cohesión social y de una manera de construir comunidad.

LTJ50 Estudi exploratori dels determinants de les conductes violentes en un servei de reducció de danys de Ciutat Vella i en el seu entorn comunitari

Maria Gabriela Barbaglia

SERVEI DE PREVENCIÓ I ATENCIÓ A LES DROGODEPENDÈNCIES DE L'AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE BARCELONA
I DEL GRUP DE TREBALL SOBRE LES CONDUCTES VIOLENTES DELS CAS DE BARCELONA CIUTAT

ANTECEDENTS I JUSTIFICACIÓ

La violència és un problema de salut pública i com a tal és susceptible d'estudi i d'intervenció¹. En l'àmbit de la venda i el consum de drogues il·legals, la violència sovint hi és present. Un context socioeconòmic amb grans desigualtats socials, de gènere i de poder són potents determinants de violència de tot tipus. Un col·lectiu particularment exposat a la violència són les persones usuàries de drogues que es troben en situació de sensellar. L'estigma públic i l'autoestigma, el major risc de patir malalties infeccioses i malalties mentals juntament amb les diverses barreres d'atenció sanitària i social determinen que les persones usuàries de drogues tinguin una vulnerabilitat sobreafegida a la violència que pateixen al carrer.

A l'octubre de 2018 es va produir una important intervenció policial al barri del Raval, districte de Ciutat Vella, amb l'objectiu de tancar pisos de venda i consum de drogues il·legals. Aquesta intervenció va ser seguida per un considerable increment de la demanda als serveis de Reducció de Danys (REDAN) del districte de Ciutat Vella, molt especialment al Centre d'Atenció i Seguiment a les Drogodependències (CAS) Baluard. Aquest augment sobtat de la demanda va generar molta tensió als serveis de drogues amb el consegüent impacte a l'entorn comunitari més proper.

OBJECTIUS DE L'ESTUDI

- Conèixer l'estat actual de les conductes violentes en els Centres d'Atenció i Seguiment a les drogodependències (CAS) de la ciutat de Barcelona i els possibles factors associats.
- Explorar els possibles determinants de la violència relacionada amb les drogues en centres amb programa de Reducció de DANys (REDAN) del districte de Ciutat Vella.

- Formular estratègies d'intervenció per tal de reduir la violència relacionada amb les drogues a la ciutat de Barcelona.

RESUM DE L'ESTUDI

Es va utilitzar una metodologia mixta, quantitativa i qualitativa. Primer es van quantificar les expulsions per raó de conductes violentes dels CAS de la ciutat de Barcelona i, concretament, es van quantificar les sancions per motius de violència a les persones usuàries del programa REDAN¹ del CAS Baluard. Mitjançant grups focals a professionals i d'entrevistes a persones usuàries, es van explorar els possibles determinants de la violència als recursos de drogues.

D'acord amb l'anàlisi quantitativa, va haver-hi un increment sostingut d'expulsions per motius de violència dels CAS de la ciutat de Barcelona des de 2017 fins 2021. Al 2017 es van expulsar 12 persones d'algun CAS de la ciutat, amb un pic de 29 persones al 2019 i al 2020. Això representa entre un 0.6% i un 0.8% del total d'inicis de tractaments que es van produir en aquests anys.

Concretament al CAS Baluard, va haver-hi un increment sostingut de les sancions per motius de violència a les persones usuàries a finals de 2018, amb una taxa al gener de 2019 de 56 sancions cada 1000 persones usuàries, multiplicant per tres la taxa de gener 2018 (18 sancions/1000 persones). Un impacte important a destacar, possiblement com a conseqüència però també com causa de l'increment dels episodis de violència, són les baixes laborals dels professionals del CAS Baluard. Entre 2015 (n=6) i 2019 (n=41) el nombre de persones de baixa es multiplica gairebé per set. Cal l'aclariment que de totes les baixes registrades al 2018 (n=56), gai-

¹ Larizgoitia I. *La violencia también es un problema de salud pública*. Gaceta Sanitaria. 2006 Mar;20:63-70.

rebé la meitat (n=27) es van produir en el quart trimestre de l'any. Dos grups nominals amb professionals dels recursos amb REDAN del districte (CAS Baluard, Centre de Reducció de Danys Robador i CAS Lluís Companys) i de 3 entrevistes en profunditat a persones usuàries (2 homes i 1 dona) van ajudar a identificar els principals determinants de l'increment de violència. El tancament de pisos de venda i consum del barri del Raval va generar un fort increment de la demanda en els recursos de REDAN de Ciutat Vella, amb una saturació d'aquests. El desgast dels professionals provocada entre d'altres per aquesta situació, amb una sobrecàrrega emocional i laboral important, va contribuir a causar moltes baixes professionals. Aquestes baixes es van cobrir amb professionals amb menys experiència en la gestió de conflictes. S'assenyala com a determinant important el canvi en les pautes relacionals entre persones usuàries i entre aquestes i l'equip professional: les persones usuàries que consumien en els pisos de venda, es van traslladar a consumir a l'espai de consum supervisat del CAS Baluard amb l'obligació de complir amb les normes de l'espai (freqüència entre consums, pautes d'higiene de mans, temps d'espera, etc). També s'identifiquen com a determinants: l'espai físic reduït que afavoreix els robatoris entre persones usuàries, la insuficiència de punts d'inhalació que ocasiona espera i, finalment els punts de venda de droga al voltant del recurs que resulta en un impacte important en el veïnatge i en l'espai públic. Pel que fa a determinants més estructurals, s'assenyalaven: la manca de protocols d'actuació vers les conductes violentes, l'establiment de mesures de prevenció i de formació específica dels professionals, la necessitat de disposar d'estratègies de cura dels equips que treballen en REDAN.

ACCIONS REALITZADES I EN PROCÉS

A partir d'aquestes troballes, l'ASPB va emprendre una sèrie de mesures i accions per tal de donar resposta a les necessitats expressades tan pels professionals com per les persones usuàries.

- Es va constituir un grup de treball, coordinat des de l'ASPB, en el qual hi participen professionals dels recursos de drogues de la ciutat, professionals de riscos laborals de l'ASPB i de les entitats pro-

veïdores i de la SubDirecció General de Drogodependències amb l'objectiu de dissenyar i consensuar un protocol d'actuació que estableixi criteris i circuits per la gestió dels casos de persones amb conductes violentes en els CAS.

- La SubDirecció de Drogodependències va oferir cursos de formació als/les professionals dels CAS per millorar-les habilitats en la gestió de conflictes.
- Es van iniciar tutories a les persones que s'incorporaven als equips de REDAN per tal d'acompanyar-les en els primers mesos. També es van crear espais per a la cura dels equips i acompanyament en la gestió de les emocions.
- S'està treballant per valorar si és factible l'ampliació dels punts d'inhalació de la sala de consum del CAS Baluard.
- S'estan treballant intervencions específiques per a millorar els serveis d'atenció a dones consumidores. S'ha fet reserva de 2 places d'urgència temporals al centre d'acollida per a persones sensellar amb addiccions per a dones que hagin patit agressions sexuals. S'està dissenyant un espai no mixte d'atenció al CAS Baluard.
- S'estan fent reunions de coordinació amb el CSMA de Ciutat Vella per tal de millorar la gestió conjunta dels casos amb patologia dual.
- Continuem treballant amb els altres actors comunitaris que intervenen a l'espai públic, sobretot cossos de seguretat, equips de convivència i serveis socials per seguir buscant les millors estratègies d'abordatge de les persones consumidores amb conductes violentes.

CONCLUSIONS

El fenomen de la violència associada a les drogues té molts determinants. Les expulsions i sancions per motius de conductes violències en els recursos de drogues, tot i l'augment que es va detectar, són relativament poc freqüents. S'ha de continuar treballant per a generar espais de consum segurs tant per a les persones consumidores com per als/les professionals. A més, l'espai públic ha de ser un espai que sigui aprofitable per totes les persones que en fan ús intentant reduir l'estigma i la violència relacionada amb les drogues.

LTJ51 CATNPUD

Jordi Parramón, Quim Gómez

CATNPUD

CATNPUD (Catalan Network of People who Use Drugs) és una xarxa creada el 2 de març de 2016 a Barcelona i formada per persones usuàries de drogues i organitzacions afins. CATNPUD forma part de la xarxa europea de usuàri-e-s de drogues EURONPUD (European Network of People who Use Drugs).

La declaració de Vancouver, per als drets de les persones usuàries de drogues és la nostra base ideològica i la filosofia de la Xarxa.

Volem fomentar l'acció col·lectiva i desenvolupar iniciatives de visibilització i transformació social, es-tablint un marc organitzatiu de suport per enfortir la capacitat d'organització de les persones usuàries de drogues arreu de Catalunya, participar en la reforma per a unes polítiques de drogues més justes i eficaces (com per exemple garantir serveis públics de reducció de danys i riscos, o la regulació del mercat il·lícit de substàncies) així com acabar amb l'estigma social que el consum de drogues suposa i amb la Guerra contra les Drogues que finalment esdevé una Guerra contra les Persones, és el nostre principal objectiu.

Actualment, a CATNPUD col·laboren diferents col·lectius i moviments associatius: Metzineres, XADUD (Xarxa de dones que usen drogues), AUPA'M i ASAUPA'M, CATEFAC, FAAAT, ARSU, REMA (Red Estatal de Mujeres Antiprohibicionistas) i altres que donen suport a les diferents campanyes i activitats.

Des de 2016 s'han dut a terme diferents campanyes de sensibilització coincidint en Dies Internacionals com; Dia de l'anàlisi de drogues (Drug Checking Day) (31 de març), Support don't Punish Day (26 de juny), Memorial Internacional a les víctimes de la guerra contra les drogues (21 de juliol), Dia mundial de sensibilització envers la sobredosi (31 d'agost), Dia Internacional de l'Eliminació de la violència Contra les Dones (25 de novembre) entre altres.

Podeu consultar materials, vídeos i textos a la nostra web de CATNPUD Actualment, estem preparant i adaptant al nostre context una campanya inspirada en el model canadenc per fer front a la greu epidèmia de morts per sobredosi d'opiacis "Safe Supply" impulsada per la nostra germana de Canadà, CAPUD (Associació Canadenca de Persones que Usen Drogues). Hem adaptat el terme "Safe Supply" com a "Consum Cooperatiu": un subministrament autoregulat de drogues les quals només han estat accessibles a través del mercat de drogues il·lícites tradicional.

Això inclou moltes drogues que actualment són il·legals; heroïna, fentanil, cocaïna, metamfetamines, MDMA, cànnabis... L'objectiu d'un consum cooperatiu és permetre a les persones que consumeixen drogues accedir a substàncies regulades mitjançant autoabastiment (DeepWeb o mercat Il·lícit), la seva posterior anàlisi de qualitat i la seva distribució basada en un model de cooperativa de consum i el dels mateixos clubs cannàbics.

LTJ52 Impacte de la pandèmia de covid-19 als serveis de reducció de danys: percepcions d'usuaris i professionals

M. Bosch Aris, L. Gasulla i Suriol, T. de Gispert Arnó, L. Segura Garcia i J. Colom i Farran

AGÈNCIA DE SALUT PÚBLICA DE CATALUNYA

OBJECTIUS

Objectiu principal

- Avaluar l'impacte de la pandèmia de la COVID-19 en les persones que usen drogues (PUD) i els/les professionals que atenen les PUD en els Serveis de Reducció de Danys.
- Avaluar el grau de coneixement i utilitat de les recomanacions específiques dirigides a professionals i PUD dels SRD relacionat amb la COVID-19.

Objectius específics

- Conèixer l'impacte directe de la COVID-19 en les PUD i en els i les professionals que atenen les PUD en els Serveis de Reducció de Danys(SRD)
- Avaluar l'impacte indirecte de la situació d'alarma generada per la COVID-19 en les PUD i professi-

METODOLOGÍA

Disseny de l'estudi i nivell d'interpretació

Disseny d'estudi qualitatiu, multicèntric i exploratori
amb perspectiva fenomenològica hermenèutica



Reclutament i tamany de la mostra

Persones consumidores de drogues: mostreig teòric basat en criteris de segmentació per a aconseguir la màxima variabilitat discursiva i poder garantir l'heterogeneïtat de significats conceptuals. Representativitat per gènere. N:40 de 13 CRD.

Professionals SRD: es van seleccionar mitjançant un mostreig oportunistic i teòric. N:13

Entrevistes individuals semiestructurades

Durant el període de juny del 2020, els i les professionals van realitzar entrevistes individuals semiestructurades a 40 PUD. Per a recollir l'estat emocional es va utilitzar l'instrument validat WHO-5 Well Being Index .

Grups focals

2 grups focals amb professionals de RD per via telemàtica.

ANÀLISI

Gravació de les entrevistes, transcripció per construir corpus textual analitzat mitjançant un anàlisi de contingut temàtic amb el suport del software AtlasTI.

Fragmentació del text en diferents codis i triangulació de la informació.

Es van obtenir les 7 categories emergents següents:

1. Canvis organitzatius en els centres REDAN
2. Mesures de seguretat i protecció front la COVID
3. Canvis en el consum i accés de la substància
4. Accés a altres recursos
5. Relació amb la comunitat
6. Estat emocional
7. Propostes de millora

RESULTATS

Canvis organitzatius en els centres REDAN

- Tant un grup com l'altre han percebut canvis en l'organització del centre. Per part dels professionals la gestió de les entrades de forma individual per evitar aglomeracions ha estat una de las dificultats percebudes, per a les persones consumidores, també.

- El cessament de les activitats educatives ha preocupat als i les professionals per la pèrdua de contacte amb les PUD. Tot i que han seguit en contacte amb algunes de les PUD mitjançant eines telemàtiques, aspecte que ha estat molt ben valorat.

"El trato de los profesionales... súper apoyo, llamadas, diciéndome qué tal estaba... Si yo he tenido algún... algún problema o algo, he podido enviar un WhatsApp aunque fueran las 11 de la noche" (Dona usuària de drogues)

Mesures de seguretat i protecció enfront la COVID

- Inseguretat respecte les directrius dels EPIS per part dels i les professionals i sensació de desprotecció per no disposar de proves diagnòstiques, a pesar d'això, han sabut com actuar en cas de sospita. A les PUD els costava mantenir las mesures de seguretat, tot i que a les entrevistes reconeixen quines son aquestes mesures.

Canvis en el consum i accés de la substància

- Els i les professionals han percebut alguns canvis en el consum, algunes persones van augmentar el consum i d'altres el van reduir. Pel que es refereix a la via de consum, han observat un augment de la via inhalada respecte la injectada i un augment de consum de benzodiazepines.
- Les persones consumidores manifesten una major dificultat en l'accés a la substància (por a sortir al carrer, horaris irregulars dels punts de venda, dificultat per aconseguir diners...)
- Tant els i les professionals como les PUD, tenen la sensació de que la puresa i la qualitat de la substància han disminuït.
- Respecte els inicis de PMM, els i les professionals no han percebut un augment molt notable, però sí destaquen la rapidesa en la inclusió de les persones interessades en PMM.

Accés a altres recursos

- Una de les majors preocupacions dels i les professionals era no poder oferir places als albergs, tampoc es podien fer ingressos a CT. També la d'ofertir alimentació, alguns centres van incorporar aquest servei durant el confinament.

- Valoren molt positivament l' experiència de l'alberg per a persones consumidores a BCN, en canvi es queixen de que els albergs convencionals eren massa restrictius.

“Un usuario que... se quejaba mucho del albergue, del albergue municipal, que no contemplaba la casuística de personas consumidoras y eran expulsiones continuadas.” (Home professional centre REDAN)

Relació amb la comunitat

- Ambdós grups han percebut més problemes amb la policia durant aquest període (sancions administratives per estar al carrer...).
- En alguns centres es va percebre un gran recolzament de la comunitat veïnal, excepte en na zona on els veïns i veïnes van arribar a impedir l' apertura d'un alberg per a persones consumidores.

Estat emocional

- L'estat anímic i emocional tant de professionals com de les PUD no ha estat homogeni.
- Algunes PUD han manifestat aprofitar per organitzar-se i crear rutines i altres expressen haver-se sentit tristos , deprimits i amb por que els seus familiars es contagiessin.
- En els resultats del WHO-5 Well-Being Index s'observa que l' estat emocional dels homes entrevistats ha estat millor que el de les dones.
- Pel que fa als i les professionals, la majoria ha viscut aquest temps amb por de contagiar-se o de contagiar a la seva família. També els ha afectat emocionalment el fet de tenir lluny a la família i el fet d'estar llargs períodes sense veure-la. Com a punt positiu consideren que han fet equip amb la resta de persones de la feina per tirar endavant aquests mesos.

Propostes de millora

- Cobrir necessitats bàsiques: sostre i alimentació.
- Mantenir aquells serveis que van obrir durant el confinament (menjadors socials, alberg).
- Habilitar albergs amb perspectiva de RD amb possibilitat de consum.

- Millorar la comunicació entre els serveis de RD per compartir serveis disponibles.

CONCLUSIONS

- El període de confinament va posar encara més de rellevància que algunes necessitats bàsiques (sostre i alimentació) de les PUD no estan cobertes.
- La pandèmia de COVID-19 i les mesures per a mitigar-la han contribuït a fer més evidents les desigualtats socioeconòmiques existents en les PUD
- Les limitacions i restriccions han tingut un impacte en el compliment dels principis bàsics dels serveis de reducció de danys, la cobertura i l'accessibilitat. Els serveis d'alberg i menjadors no incorporen la perspectiva de RD. L'alberg per a persones consumidores de BCN, exemple de bona pràctica.
- L'accés a la substància ha estat una mica més difícil i manifesten que la qualitat ha estat més baixa. Segons la bibliografia, no ha hagut una interrupció de subministres, ni ha variat significativament la puresa.
- Bon accés a material de consum i inici de tractament.
- Les recomanacions de seguretat van arribar a les PUD i les reconeixien, però en ocasions els resultava difícil complir-les.
- L'estat emocional respecte a abans de la pandèmia en les PUD ha estat pitjor, sent més accentuat en les dones.
- Els i les professionals refereixen problemes de gestió i la seva principal preocupació va ser poder oferir sostre i alimentació a les PUD.
- L'augment de la via inhalada referit per algunes professionals, no es pot atribuir exclusivament a la pandèmia, donat que aquesta tendència ja s'observava anteriorment.

AGRAÏMENTS

Professionals dels Serveis de Reducció de danys: REDAN la Mina, Aide, Arrels, Àmbit Prevenció, Asaupam, La Illeta, Spai, Aec Gris, Agrupa't, Cas Mataró, Associació Alba, Metzineres, Creu Roja Tarragona.

A totes les persones consumidores de drogues que s'han prestat a fer les entrevistes.



BIBLIOGRAFIA

- Shirley-Beavan S, Roig A, Burke-Shyne N, Daniels C, Csak R. Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain. *Harm Reduct J*. 2020;17(1):1-13. doi:10.1186/s12954-020-00429-5
- Gilchrist G, Moskalewicz J, Nutt R, et al. Understanding access to drug and alcohol treatment services in Europe: A multi-country service users' perspective. *Drugs Educ Prev Policy*. 2014;21(2):120-130. doi:10.3109/09687637.2013.848841
- Drogodependències SG De. Sistema d' Informació sobre drogodependències de Catalunya Informe anual. 2019.
- Picchio CA, Valencia J, Doran J, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on harm reduction services in Spain. *Harm Reduct J*. 2020;17(1):1-11. doi:10.1186/s12954-020-00432-w
- Pompidou Group of the Council of Europe and Correlation-European Harm Reduction Network. COVID-19 and People who use drugs. 2021.
- Generalitat de Catalunya. Salut/ Dades COVID. <https://dadescovid.cat>. Published 2021. Accessed August 7, 2021.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. El Problema de La Drogodependencia En La Unión Europea y En Noruega.; 2003.
- European Social Survey (2011) Round 5 Module on Trust in the Police & Courts– Final Question Design Template. London: Centre for Comparative Social Surveys: City University London. https://www.europeansocialsurvey.org/docs/round5/questionnaire/ESS5_final_work_family_wellbeing_module_template.pdf
- Scottish Government. (2005). Rural and remote areas: Effective approaches to delivering integrated care for drug users.
- Gaume, J., Schmutz, E., Daepfen, J. B., & Zobel, F. (2021). Evolution of the illegal substances market and substance users' social situation

and health during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094960>

- Costa Storti, C., Bretteville-Jensen, A. L., de Grauwe, P., Moeller, K., Mounteney, J., & Stevens, A. (2021). The Double Effect of COVID-19 Confinement Measures and Economic Recession on High-Risk Drug Users and Drug Services. In *European Addiction Research* (Vol. 27, Issue 4, pp. 239–241). S. Karger AG. <https://doi.org/10.1159/000513883>
- Reducció de danys. Canal Salut, Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. https://drogues.gencat.cat/es/professionals/reduccio_de_danys/index.html

ESPais SEGURS

PER A DONES I PERSONES
DE GÈNERE NO BINARI

LTJ53 Metzineres. Més enllà del consum. Trenquem l'estigma, encarem el trauma

Aura Roig Forteza

METZINERES



@Maigneando

A finals dels 80s Espanya tenia la major prevalència de VIH a Europa, i Barcelona era la segona ciutat amb més altes taxes de mortalitat del continent. Entre 1983 i 1990 la mortalitat entre la població d'entre 15 i 34 anys va passar de ser de, 65,7 per 100000 habitants, a 114,1 per 100000 habitants. Les principals causes de mort, la SIDA així com, la mort accidental per sobredosi.

En aquest context, Catalunya va ser pionera en donar una resposta pragmàtica. Una resposta que escapava de moralismes i estava basada en l'evidència que les estratègies de reducció de danys salven vides i alhora contribueixen a la convivència i a l'*ordre social*: alguns exemples són els programes de manteniment amb metadona-PMM, els d'intercanvi de Xeringues-PIX, els

espais de calor cafè, serveis d'anàlisi de substàncies, sales de consum supervisat...¹

No es coneix cap mort a cap de les sales de consum supervisat del món, tot i els milions de sobredosis ateses en aquestes. Tot i que cada sala té les seves particularitats, són molt més que espais en els quals es poden usar drogues de manera segura. Ofereixen tot un ventall de possibilitats de cura, atenció social i/o sanitària bàsica per a qui, per una o altra raó, no arriba o no s'adhereix a altres recursos i serveis. Actuen de pont amb les xarxes estandarditzades d'atenció tenint en compte que, estan

1 Parés, O. i Bouso, J.C (2015). Hacer de la necesidad, virtud. Políticas de droga a Catalunya, de l'acció local cap en canvi global. <https://xarxanet.org/biblioteca/fer-de-la-necesitat-virtut-politiques-de-droga-catalunya-de-laccio-local-cap-en-canvi>

@Maligneando



molt limitades a l'hora d'atendre a persones que usen drogues en múltiples situacions de vulnerabilitat així com, tenen les impenetrables barreres d'accés en referència a l'habitatge, d'accés al mercat de treball formal, a formació i a programes d'inserció.

Estudis realitzats sobre les barreres d'accés als serveis de reducció de danys per dones i persones de gènere no binari (donxs) que usen drogues² reiteren el que ja fa molt temps es denuncia des dels diferents recursos. L'androcentrisme que ha guiat tant les polítiques de drogues, com les pràctiques que se'n deriven, agreujant la vulneració sistemàtica dels seus drets i la criminalització constant del seu quefer diari. Elles representen no més d'un 15% de la població atesa. No són serveis fets a la seva mida, ni atenen part important de les seves necessitats específiques. Sovint tampoc no representen espais segurs per a elles.

Quan al 2016 creem la XADUD–Xarxa de Dones que Usem Drogues³, es fa palès que totes les donxs que

hi participen estan travessades per múltiples situacions de violència i vulnerabilitat: malestars de salut mental, processos migratoris duríssims, empresonament, aïllament, exercir sexe per supervivència, institucionalització infantil, pèrdua de custòdia de fillxs, sensellarisme; haver patit masclisme, sexisme, lgbtífobia, racisme, capacitisme, putofòbia, aporofòbia, etc. Amb tot això, no és possible afirmar que l'arrel o la principal causa dels seus problemes sigui el consum de drogues. En tot cas, cal explorar quin és paper de les substàncies psicoactives alhora de lidiar amb les seves heterogènies, complexes i canviants realitats. Aprofundir en perquè, dones intel·ligents, recursives, creatives tenen l'ús de substàncies psicoactives com a eix estructurant del seu dia a dia. Les respostes són molt variades, però destaquen la necessitat d'afrontar el trauma, la solitud, la por, l'angoixa, el dol, el fred, la gana. Són poques les que, en aquestes circumstàncies, esmenten el plaer i el benestar.

En aquell mateix any, en plena polèmica dels mal anomenats “narcopisos”, pisos de compra venta i consum de drogues il·legals, les reivindicacions veïnals donen peu a intervencions policials que no fan més que agreujar, i en el millor dels casos, desplaçar el problema. L'estigma que recau sobre les persones que usen drogues i en particular les dones augmenta. Surten vídeos i fotografies en les que són exposades, assenya-

2 Shirley-Beavan, S. et al (2020) “Women and barriers to harm reduction services: a literature review and initial findings from a qualitative study in Barcelona, Spain”. <https://harmreductionjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12954-020-00429-5>

3 Fundació Àmbit Prevenció i CEEISCAT (2017), Acceptabilitat i viabilitat d'un estudi d'intervenció basada en estratègies d'apoderament i enfoc de gènere per tal de disminuir els danys associats al consum de drogues. XADUD, Xarxa de Dones que Usem Drogues. http://salutpublica.gencat.cat/web/contenut/minisite/aspcat/vigilancia_salut_publica/vihsida-its/05_CEEISCAT/publicacions-cientifiques/informes/Informe_XADUD_.pdf

lades i demonitzades sense miraments. Els mitjans de comunicació exposen de manera reiterada les múltiples violències vers les dones que hi ocorren: abandonament en cas de sobredosi, agressions físiques, sexuals, econòmiques i violacions, entre d'altres.

Quan se'ls hi pregunta a elles perquè, malgrat tot, hi continuen anant, moltes coincideixen en que prefereixen fer-ho allà que a la vista de tothom. Els pisos són oberts 24 hores, les dones també poden pernoctar-hi, exercir el treball sexual o sexe transaccional, així com tenir una font d'ingressos d'ocupar el llocs de feina en la cadena de custòdia, preparació i/o venda de les substàncies. Algunes assenyalen que les lògiques assistencialsistes o medicalitzants de les sales de consum supervisat no sempre són respectuoses amb els seus ritmes i rituals de consum. Moltes no permeten compartir, tenen limitacions de temps o altres protocols i normatives no s'adequades a les seves preferències. I és en aquest context que neix *etzineres*, procurant donar a les necessitats i demandes més immediates de les activistes de la XADUD.

L'octubre de 2017 obre un petit garatge doble, amb l'objectiu de tenir un lloc on aixoplugar-se, estar tranquil·les, descansar durant el dia i desplegar complicitats, solidaritat i suport mutu. També on cobrir necessitats bàsiques, i entre aquestes el consum en condicions higièniques i de seguretat. En aquest sentit, tot i que no es defineix com a sala de consum supervisat ni com a centre de reducció de danys, incorpora la reducció de danys entre les seves mirades, juntament amb el feminisme des d'una perspectiva interseccional i els drets humans. L'objectiu davant aquest context és reduir les causes estructurals d'exclusió, fer activisme i no limitar-nos a l'assistencialisme.⁴

Al 2020 *Metzineres* esdevé cooperativa sense ànim de lucre i ens mudem a un nou local, més lluminós i ampli, però amb la mateixa distribució. L'entrada, un espai polivalent amb ordinadors, llibres, una taula gran en la que fer tallers i compartir àpats, una petita cuina amb microones. Aquest cop tenim les dutxes separades del WC. L'equip d'intervenció continua sense tenir despatx però ara sí disposa de lavabo propi. A la part del darrera, espai d'intercanvi de roba, taquilles, lliteres i l'espai d'infermeria, on moltes deixen la seva medicació per tal de no perdre-la. Això també possibilita donar seguiment al consum de substàncies prescrites i



@Maligneando

conèixer com les combinen amb les que no són de prescripció. Hi ha també el tocador de consum per injectat i esnifat, on les substàncies més populars són cocaïna i heroïna, poques s'injecten metanfetamina, metadona o tropicamida; algunes esnifen anfetamina. Al fons, el pati amb la rentadora, la secadora i l'espai de fumadores sobretot de tabac, cannabis, crack i metanfetamina, en menor mesura heroïna. Per les que beuen alcohol, gots de plàstic no transparents.⁵

Totes les treballadores de *Metzineres* estan preparades per acompanyar el consum. I s'aprofita que el moment de consum és, per algunes de les dones, l'únic moment tranquil del dia, per abordar altres qüestions. A vegades és la jurista, que aprofita per parlar de judicis pendants, la treballadora social per tramitar alguna gestió, la psicòloga per afiançar el vincle, les educadores o les tècniques comunitàries per animar a la participació d'alguna de les activitats. En cas de necessitar assistència concreta o de tractar-se d'un consum de risc, és la infermera la s'encarregarà de l'acompanyament. Aquest moment de tranquil·litat s'utilitza per parlar de vivenda, relacions tòxiques, família... els espais de consum acompanyat generen un entorn de privacitat i

4 Roig, A. (2019) "Metzineres: Cobijo y empoderamiento de mujeres que usan drogas sobreviviendo violencias" a Dejusticia et al. (2019) *Enfoques innovadores frente a las leyes en materia de drogas y encarcelamiento*. <https://www.wola.org/wp-content/uploads/2019/12/15-Metzineres.pdf>

5 Drug Reporter (2021) Metzineres: from survival to fighting back. <https://drogriporter.hu/en/metzineres-from-survival-to-fighting-back/>

intimitat, esdevenen així llocs privilegiats per a la intervenció i la creació de vincles de confiança. Efectivament, s'incorpora el consum, sense posar-lo al centre. Es procura que sempre hi hagi alguna activitat en marxa: fanzine, dansa, teatre, autodefensa feminista. La nostra pa'ella dels divendres, oberta a qui vulgui, ha contribuït a trencar l'estigma, les dones no com a receptores de serveis, sinó com a amfitrions. Participem de les xarxes comunitàries, no com a servei, sinó com a un col·lectiu de veïnes de barri, organitzades segons les nostres especificitats i interessos.⁶ Compartim lluites per un barri inclusiu i sortim al carrer per reivindicar el nostres drets.

Són moltes les dones que afirmen que tot i saber que poden consumir, quan estan a Metzineres consumeixen menys. Algunes decideixen reduir la dosi per tal de poder estar més atentes a les activitats i tarden més en repetir el consum perquè estan ocupades fent mil coses. Si volen accedir a tractament es gestiona des del treball en xarxa amb altres serveis. Però el que solen destacar les dones va més enllà de les seves trajectòries de consum.

La millora del seu benestar té a veure amb gaudir d'un espai propi, on elles formen part activa del disseny, implementació, monitoratge i avaluació. Més enllà de les reunions setmanals de la XADUD i de les assemblees setmanals de Metzineres, s'articulen diversos mecanismes de participació basats en l'engranatge d'iguals. Algunes formen part de l'equip d'intervenció com a tècniques comunitàries, altres són talleristes remunerades, d'altres han esdevingut fermes activistes.⁷ Expressen que per primer cop es dona valor tècnic a la seva experiència. Són expertes en les seves realitats, coneixen les dinàmiques, les xarxes d'atenció i proporcionen informació i pràctiques particulars i específiques essencials per a l'adequació i eficàcia de les diferents actuacions de Metzineres. Alhora, ellxs s'enforteixen, trencant l'autoestigma i reforçant l'autonomia.

L'entrada és directa, no són necessàries ni derivacions, ni omplir cap tipus de formulari. Són elles les que

decideixen que, quan i com compartir les seves vivències, preocupacions, expectatives, desitjos. S'ofereix un acompanyament liderat per cada una d'elles, de manera holística i no compartimentada ni segmentaritzada, per tal de no contribuir a la cronificació de les situacions d'exclusió.

Es proposa una cura informada del trauma, que evita la retraumatització minimitzant les possibilitats de fracàs i eliminant la possibilitat de sancions com a forma de gestió de conflictes. Els protocols i les normes exclouen a qui no pot sostenir-les, per tant es proposen acords flexibles, adaptables a les realitats particulars de cada una. No és fàcil, precisa de gran rigorositat, avaluació constant i rutinària, així com una disponibilitat al canvi que garanteixi que les actuacions es sustenten en evidència corroborada per les pròpies participants.

Actualment l'espai social de Metzineres és obert de dilluns a dissabte de 14h a 21h, sol rebre entre 30 i 40 dones diferents a diari. Més de 320 dones ja s'hi ha vinculat, només el mes d'abril n'hi van passar més de 100. A més de formar part de l'Acord Ciutadà per una Barcelona Inclusiva i de la Xarxa d'Atenció a les Drogodependències de la Subdirecció General de Drogodependències, és reconegut com el SIE Raval, Servei d'Intervenció Especialitzada en Violència Masclista del Departament d'Igualtat i Feminismes de la Generalitat de Catalunya.⁸ D'aquesta manera, per primera vegada, es reconeix que el problema no està en les drogues, sinó en les situacions de violència i trauma que aquestes dones afronten en la seva quotidianitat.

El camí de Metzineres per desplegar Entorns d'Aixopluc de dones i per dones que usen drogues sobrevivint múltiples situacions de violència i vulnerabilitat tot just acaba de començar. Tot i això ja es considera una bona pràctica tant a nivell local com internacional.

Ara cal seguir consolidant el seu model d'abordatge i treballant per la seva sostenibilitat. Si vols saber més de les que composem metzineres pots escoltar la Metziradio.⁹ També hi ha moltes maneres de col·laborar. Per saber més entra a la web metzineres.org o segueix les xarxes socials.

6 Metzineres (2020) Support don't punish 2020 a <https://www.youtube.com/watch?v=FVN6JB-Rdlg>

7 La Directa (2020) "Supervivents més enllà de les drogues" a <https://directa.cat/supervivents-mes-enlla-de-les-drogues/>

8 <https://igualtat.gencat.cat/ca/ambits-dactuacio/violencies-masclistes/serveis-dintervencio-especialitzada-en-violencia-masclista-SIE/>

9 <https://www.youtube.com/watch?v=U9x4WZyLw5c>

LTJ54 DonARSU_TOT

Sara Ferrando, Antoni Llorc, Tre Borràs

SERVEI D'ADDICCIONS I SALUT MENTAL (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS) – PLA D'ACCIONS SOBRE DROGUES DE REUS. ASSOCIACIÓ REUS SOM ÚTILS

INTRODUCCIÓ

El projecte del “Taller de Dones” es començà a gestar de forma espontània a finals de l'any 2005 degut a l'augment de dones usuàries dels serveis orientats a atendre els problemes derivats del consum de drogues a la ciutat de Reus. Neix de la necessitat d'oferir un espai per treballar les especificitats de gènere, parlar d'inquietuds i intercanviar experiències. L'any 2007, el projecte és premiat en la VII Beca de Recerca Frederica Montseny i Mañé, donant lloc a l'inici d'un projecte d'investigació¹ amb l'objectiu d'identificar, descriure i analitzar els factors, processos i aprenentatges socioculturals que incideixen en la millora de la salut; l'autoestima, les habilitats de comunicació i diàleg, i l'assertivitat i en definitiva, la qualitat de vida de les participants. Esdevé doncs, un espai de trobada específic per a les dones que volen compartir experiències, descarregar l'angoixa i el sentiment de culpabilitat generat pel consum de drogues, empoderar-se i assolir seguretat per trencar amb els processos d'estigmatització. Les participants són usuàries del Servei d'Addiccions i Salut Mental de l'Hospital Universitari Sant Joan, del Centre d'Acol·lida i Activitats La Illeta de Reus i de l'Associació Reus som Útils² –qui els dona cobertura a nivell d'entitat– estiguin en consum actiu de substàncies o no.

El 2009 després de la publicació de l'article esmentat anteriorment, des del Pla d'Accions sobre drogues de Reus, es va produir el documental “Més enllà de l'heteronormativitat” amb el mateix afany d'investigar i aprofundir en la complexitat en matèria de gènere i consums de drogues. Es reflexiona sobre les relacions de poder entre homes i dones (sistema binari; heteronormativitat) i la socialització del sistema de dominació sexe-gènere. S'analitzaren les diferents qüestions i/o

problemes relacionats amb el consum de substàncies i les diferents conductes o relacions amb el risc. En aquell moment, es fa palesa la manca de recerca específica de gènere, es realitzen polítiques amb intenció però no es plasma a la pràctica, i si es fa recerca aquesta és dominada per l'epidemiologia conductual en termes d'individu en detriment de l'anàlisi estructural i comunitari (relacional).

Cal reconèixer i garantir el dret a la salut i a ser tractat amb respecte i igualtat, independentment del gènere, orientació sexual, etnicitat, nacionalitat, situació legal o el consum de drogues. El “Taller de dones” vol contribuir a la millora de la salut col·lectiva oferint un model de prestació de serveis integrats centrats en les persones, tenint en compte l'aplicació d'una perspectiva interseccional la qual implica l'anàlisi i abordatge dels problemes de salut de la població d'una forma àmplia i sensible als diferents eixos de desigualtat (Graells i Insa, 2021:67).

PROCÉS DE CONSOLIDACIÓ

El “Taller de dones” es va constituint com un espai de suport i escolta activa per a dones que es troben en situació de risc d'exclusió social, que estan en consum actiu i que encara no s'han adreçat a cap Servei o tenen dificultats d'adherència als tractaments, per desconfiança o por a una possible retirada de les funcions tutelars dels seus fills o filles per exercir una criança en context de consum actiu de substàncies, per trobar-se en situació administrativa irregular, per exercir treball sexual i/o identificar-se amb el col·lectiu LGTBIQ.³ Un grup divers i heterogeni en aparença però amb vivèn-

1 Per tal de poder aprofundir en el projecte d'investigació consultar l'article: “El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de autoapoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias.” (Llort A., Ferrando S., Borràs T., Purroy I. 2013)

2 <www.arsu.es>

3 Per ampliar més informació sobre aquest procés de consolidació: Llort, A. & Borràs, T. (2013). “La diferencia que hace la diferencia: La ampliación de la mirada de género e introducción a una teoría del cuerpo. Una estrategia para aprender juntos”. En Llort, A. & Borràs, T. (eds.), Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas (264-280). Reus: Grup Igia. <http://www.grupigia.org/wp-content/uploads/APUNTES_PARA_LA_PROMOCION_DE_INTERVENCIONES_CON_PARES_GRUP_IGIA.pdf>.



cies i situacions similars. Es proposa doncs, un espai d'escolta activa autogestionat per dones usuàries de drogues on hi ha espai també per l'activisme social, on les participants estan en contacte amb altres grups de característiques i interessos similars i participen en les diferents reunions locals (organització de diferents diades a la ciutat de Reus i participació en les diferents plataformes) com a fora de la ciutat (reunions i activitats amb altres col·lectius; Metzineres, XADUD (Xarxa de Dones que usen Drogues), CATNPUD...). Aquest grup autogestionat, es constitueix com a DONA-ARSU-TOT, esdevenint una branca del projecte associatiu ARSU.

Les dones que formen part de DONA-ARSU-TOT, es reuneixen setmanalment a l'espai del Taller de Dones, i són elles, juntament amb una educadora social que els ofereix assessorament sobre recursos, acompanyament a serveis i ajuts puntuals a situacions d'emergència social. Tot i que de moment, el grup, no compta amb un finançament estable propi, s'autogestiona gràcies a donacions d'altres serveis o realització d'activitats fetes per les participants, que generen uns ingressos molt mínims i on les pròpies dones prioritzen que les mares amb fills es puguin beneficiar dels ingressos obtinguts, renunciant a altres activitats per tal de que les mares puguin cobrir necessitats com el pagament de llibres, material escolar, bolquers, pagament de sortides dels seus fills a l'escola, etc.

Una altra de les necessitats que detecta el grup de dones és la de poder tenir la capacitat de llogar habitacions de manera puntual per tal que les dones o les dones amb les seves criatures puguin estar en espais

segurs mentre es busca una sortida a la situació d'emergència. Una de les possibilitats que es plantegen és la creació d'un grup de dones per fer «canguratge» mentre les altres tenen entrevistes de feina, visites mèdiques, etc. Actualment, DONA-ARSU-TOT, realitza tasques de prevenció en espais de treball sexual a la via pública, oferint material i assessorament a les treballadores sexuals, especialment al col·lectiu transexual ja que han detectat la necessitat d'intervenir-hi, davant la desaparició de professionals que des de la situació provocada pel COVID-19, van deixar de fer treball en medi obert amb aquesta població. Aquesta acció d'intervenció nocturna en medi obert té el doble objectiu de disminuir les barreres d'accés als recursos socio-sanitaris de la ciutat i formar-se de forma continuada a través de la metodologia de "bola de neu" per realitzar intervencions amb un major impacte i efectivitat sobre la població atesa.

Les activitats del "Taller de dones" es desenvolupen principalment en dues fases; una que pretén facilitar la cohesió del grup, la incorporació de noves participants i l'apropament de diferents col·laboracions externes, mitjançant la preparació i el compartir àpats com esmorzar, dinar...

Una segona fase destinada a activitats o dinàmiques específiques com: tallers (maquillatge, perruqueria, bijuteria, reflexologia podal, teatre arts plàstiques, defensa personal, fotografia, meditació...), sessions de planificació: (visites mèdiques, judicis, gestió econòmica, temps de lleure, tramitació d'ajuts i altres gestió), formació: prevenció de malalties de transmissió sexual, prevenció de sobredosis, counselling i negociació amb perspectiva de gènere...), apropiament i visita a diferents serveis i recursos: (Oficines d'atenció la víctima (OAV), SIAD (Servei d'Informació i Atenció a les Dones), ASSIR (Assessorament a la Salut Sexual i Reproductiva), centres de formació i recerca de feina...), sortides i activitats de lleure: (cinema, platja, teatre, muntanya...).

ALGUNES CONCLUSIONS

Pel que fa als principals objectius co-disseñats i assolits es podria parlar de:

- Millora en les dinàmiques de relació de les participants i un augment del sentiment de pertinença al grup.
- Millora en la utilització de recursos socio-sanitaris (visites al ASSIR, utilització de recursos d'inserció laboral o realització de cursos formatius).

- Utilització d'agendes i planificacions mensuals per a la gestió dels recursos econòmics, citacions, visites mèdiques i temps lliure.
- Augment de la cura de la imatge personal i higiene. Autoimatge, autocura.
- Integració en el funcionament del Centre d'Acollida i Activitats La Illeta i les activitats que organitza el recurs i de l'associació ARSU.
- Reducció de les situacions de violència amb les seves parelles i posen límits a les desigualtats de poder en les relacions.
- Consolidació del Taller de dones com espai d'empoderament.
- Disminució de les barreres d'accessibilitat als recursos a través de la participació de professionals clau de diferents Serveis de la ciutat a l'espai del taller de dones.
- Empoderament i constitució d'un grup autogestionat DONA-ARSU-TOT, que pot intervenir allà on els professionals i serveis no arriben, que compta amb el suport de diferents serveis i ajuda a reflexionar i visibilitzar les mancances d'aquests, aportant millores i fent de pont entre usuàries i professionals.
- Integració en el teixit associatiu de la ciutat.

PRINCIPALS DIFICULTATS D'IMPLEMENTACIÓ I SOSTENIBILITAT

- Variabilitat del grup, que provoca que algunes de les sessions s'hagin de repetir o fer un repàs de l'activitat anterior en la primera part de la sessió, la qual cosa a la vegada resulta enriquidora, ja que la informació es transmet entre les participants i els missatges arriben amb major intensitat.
- Dificultat per reconduir algunes sessions amb forta carrega emocional, on queda reflectit el patiment que s'amaga darrera del consum de substàncies i/o les històries personals.
- Manca de recursos econòmics per al desenvolupament de les diferents activitats.

- Dificultats per intervenir en espais en medi obert, sense el suport d'un professional, especialment en espais amb presència policial.
- Adaptar els diferents ritmes en les formacions o tallers per les dificultats de les participants: malalties, ingressos hospitalaris, precarietat a nivell d'habitatge i de gestionar la quotidianitat.

Per concloure cal posar de manifest la manca de formació en perspectiva de gènere i drogues entre els i les professionals que treballen en recursos específics d'atenció a la dona (OAV, ASSIR, SIAD...) fet que dificulta l'accessibilitat i l'atenció a col·lectius que difícilment poden exercir els seus drets a la salut i a l'atenció social. Cal com ja hem apuntat, analitzar, abordar i intervenir des de la complexitat per garantir els drets de la ciutadania, i especialment als grups vulnerabilitzats, d'una forma àmplia i sensible a les diferents dimensions socioeconòmiques i culturals que configuren les estructures de desigualtat. Esperem que l'experiència del "Taller de dones" pugui créixer i consolidar-se i que contribueixi a la reestructuració i flexibilització necessària dels serveis d'atenció ciutadana de manera constructiva.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Graells, Ariadna i Insa, Ether (2021). Una mirada polièdrica a les desigualtats socials en salut. Una perspectiva de futur. *Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 77, p. 57-81.
- Llort, A., Ferrando, S., Borràs, T. & Purroi, I. (2013): El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias, *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 20, pp.9-22. DOI: 10.14198/ALTERN2013.20.01
- Llort, A. & Borràs, T. (2013). "La diferencia que hace la diferencia: La ampliación de la mirada de género e introducción a una teoría del cuerpo. Una estrategia para aprender junt@s". En Llort, A. & Borràs, T. (eds.), *Apuntes para la promoción de intervenciones con pares. Reducción de daños y riesgos relacionados con el uso de drogas* (264-280). Reus: Grup Igia.

LTJ55 Experiencias de las mujeres consumidoras de drogas en tratamiento ambulatorio en un CAS (Calella)

Noemí Águila Morales

CAS (CALELLA)

El presente trabajo de investigación parte de la necesidad de aunar la perspectiva de género y la salud mental comunitaria (Desviat y Moreno, 2012) en el tratamiento de las drogodependencias de las mujeres. Parte, por un lado, de las existentes desigualdades de género que influyen de manera significativa en los factores psicosociales y culturales del consumo de drogas y, por otro, del androcentrismo imperante en los servicios de atención a las drogodependencias.

Generalmente en los estudios sobre drogodependencias las experiencias de los hombres han sido predominantes, dejando en un plano invisible el género como factor específico de la influencia en el consumo. Es decir, lo periférico es y continúa siendo lo “otro”, es decir, la mujer y sus experiencias (Arostegui y Martínez, 2018).

Por ende, el objetivo es, a través de una investigación cualitativa, conocer las necesidades de las mujeres usuarias de drogas en tratamiento ambulatorio en un CAS desde la perspectiva de género, acercándonos a una mayor comprensión de las motivaciones que mantienen la adherencia y el seguimiento de su tratamiento, así como a la detección de las posibles limitaciones que están condicionando el mismo, causando así, la pérdida de oportunidades terapéuticas y, en ocasiones, el abandono de éstas.

DISEÑO METODOLÓGICO Y MUESTRA

Para el estudio que nos ocupa, se decidió abordarlo a partir de un diseño metodológico de tipo cualitativo (en particular, de tipo fenomenológico), ya que la investigación se ha basado en la aproximación de las propias experiencias de las usuarias, como éstas las sienten y las viven en su proceso de tratamiento.

El tiempo que ha ocupado la investigación está entorno los diez meses aproximadamente, concretamente entre Marzo y Diciembre del 2021.

La muestra de participantes para este estudio incluye a 16 mujeres usuarias, comprendidas entre 42 y 65 años edad, en tratamiento en el CAS de Calella. Como herramienta cualitativa se utilizó la entrevista semiestructurada. El recurso de análisis utilizado para la recogida de datos es el análisis de contenido (Bengtsson, 2016).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Características de las mujeres y su consumo

Los resultados del presente estudio nos indican que las mujeres viven realidades de vulnerabilidad social (bajo soporte económico, personal, social y comunitario). Están, además, expuestas a situaciones de elevado estrés como son: la violencia machista, las exigencias del entorno, las sobrecargas familiares y la presión de los estándares de belleza. Si le sumamos el profundo sentimiento de soledad que experimentan, en su conjunto, otorgamos un mayor significado al malestar de las mujeres, estrechamente relacionado la adicción, la cual funciona como refugio y evasión de la propia realidad.

Además, se reafirma como el fuerte estigma que recae sobre las mujeres consumidoras de drogas influye en las condiciones en las que se da el consumo y el tipo de droga escogida para ello. La mayoría de ellas hace uso del alcohol (sustancia legal y aceptada socialmente), seguida de la cocaína, como sustancias que sustentan la adicción. El consumo se da habitualmente en la esfera privada y, “en secreto” para algunas de ellas, evitando ser descubiertas como consumidoras de drogas.

Motivaciones del tratamiento

Las motivaciones que facilitan la adherencia y el seguimiento de las mujeres en tratamiento se relacionan de

manera significativa con la ausencia de apoyos fuera del servicio sanitario, y tienen que ver con aquellas que atienden a necesidades específicas como son: el soporte emocional, el apoyo y la confianza (y esperanza) en sí mismas, la escucha y la comprensión, el compartir con el “otro” y el pertenecer a “algo” (a la comunidad). Es por este motivo que, el CAS como servicio especializado que da respuesta a una parte de estas necesidades expresadas por las mujeres, se lo asocia como uno de los pilares de mayor apoyo en sus vidas.

Limitaciones en el tratamiento

La falta de apoyos por parte de su entorno cercano (familiar, red social...etc.) durante el tratamiento ha sido una de las dificultades más mencionadas por las mujeres. En esta misma línea, también se han identificado limitaciones como son la sensación de: falta de atención (baja asiduidad de las sesiones durante el tratamiento), la sobremedicalización del malestar y la falta de “eficacia” de los fármacos, la ausencia de individualización de los programas, el estigma percibido de las y los profesionales, así como los cambios constantes de referentes terapéuticos y el sexo de éstos. Por lo tanto, en general las mujeres se sienten desamparadas y desprotegidas.

Propuestas generadas por las usuarias

Las usuarias expresan algunas propuestas para mejorar el enfoque asistencial. Éstas, en general, se relacionan con una mayor atención y apoyo, lo cual traducido en alternativas concretas son: una mayor asiduidad de las sesiones terapéuticas, más apoyo en momentos de crisis (por ejemplo, a través de un recurso telefónico de emergencia), la creación de más grupos de apoyo y/o terapéuticos (de mujeres, especialmente), un seguimiento “indefinido”, y por último, intervenciones con y en la familia.

En su conjunto, estas propuestas promueven un abordaje más centrado en las relaciones y los vínculos (apoyo y cuidados) y en los espacios para la expresión emocional del malestar.

Algunas propuestas generales

- Intervenir en coherencia a la especificidad de las realidades de las mujeres (mayor énfasis en el trauma por violencia y/o abuso en el tratamiento y crear recursos que aboguen por abordaje simultáneo de la co-ocurrencia de la adicción, la

violencia y los problemas de salud mental de las mujeres.

- Enfatizar el vínculo creado con el propio servicio (CAS) para generar otras alternativas comunitarias como parte del tratamiento, ampliando así los focos de soporte para las usuarias y especializando aún más la atención relativa a sus necesidades.
- Implicar e intervenir en entorno cercano de la usuaria durante el tratamiento desde una mirada sistémica.
- Promover la sensibilización y la formación de las y los profesionales en perspectiva de género, así como dar importancia a la posibilidad de elegir a las usuarias entorno cuestiones que dificulten su seguimiento (por ejemplo, el sexo del profesional que las acompaña).
- Apostar más por los espacios de psicoterapia en detrimento de la farmacología.
- Incluir la participación y, por ende, la validación de la voz de las mujeres como importantes promotoras de salud (empoderamiento).
- Promover un abordaje más centrado en las relaciones y los vínculos (apoyo y cuidados) y en los espacios para la expresión emocional del malestar.

En síntesis, para incorporar la perspectiva de género y redefinir lo “sanitario” desde la salud mental comunitaria como una cuestión de efectividad de las intervenciones (Artazcoz et al., 2018) es imprescindible poner en el centro de la atención las necesidades reales de las mujeres dejando de configurar sus tratamientos desde el androcentrismo imperante en los recursos y servicios sanitarios. Y es que devolverles el lugar que les pertenece en su comunidad nos aproxima a todas al mundo afectivo, relacional y de los apoyos, tan importantes para salud individual y colectiva.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Arostegui, E. y Martínez, P. (2018). *Mujeres y Drogas. Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Artazcoz, L., Chilet, E., Escartín, P., y Fernández, A. (2018). Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 32(s1):92.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8-14.
- Desviat, M. y Moreno, A. (2012). *Acciones de Salud en la Comunidad*. Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

LTJ56 The Green Witch Project: Cànnabis com a estratègia terapèutica i de reducció de danys i riscos en el consum d'altres substàncies amb veu de dona

Tre Borràs, Antoni Llort, S Ferrando, Ch Sion

SERVEI D'ADDICCIONS I SALUT MENTAL (HOSPITAL UNIVERSITARI SANT JOAN DE REUS) – PLA D'ACCIONS SOBRE DROGUES DE REUS

SINOPSI <https://www.thegreenwitchproject.net/>

19 dones¹ expliquen des de la seva experiència com la cànnabis funciona com a tractament alternatiu als danys i riscos que poden ocasionar els usos d'altres substàncies. S'han investigat prou els beneficis de la cànnabis com a tractament per reduir el malestar que pot generar l'ús d'altres substàncies?

Els usos de la cànnabis -en les seves diferents formes- i sobretot per part dels col·lectius de dones, té característiques diferents: des de l'autotractament o autoatenció en entorns domèstics i xarxes informals fins a l'automedicació per tractar dolències i malalties físiques i psicològiques, passant per usos recreatius i experimentals vinculats a estratègies per reduir el consum d'altres substàncies més nocives, com l'alcohol, la cocaïna o l'heroïna.

THE GREEN WITCH PROJECT entrelaça les veus de dones usuàries, activistes, politòlogues, juristes i professionals de la medicina i de diferents àmbits de la reducció de danys i riscos en l'ús de substàncies psicoactives, per posar sobre la taula el potencial terapèutic de la cànnabis en àmbits poc estudiats fins avui.

Seguint a Romo (2018), cal conceptualitzar que existeixen factors que han provocat canvis en la identitat de gènere tradicional, l'accés a algunes drogues il·legals amb més llibertat i menys rebuig social per part de les dones és un fet, si ho comparem amb generacions passades. Alguns d'aquests factors, per exemple, el proporciona el concepte d'interseccionalitat, el qual permet una anàlisi intergènere i intragènere que ens mostra les estructures de desigualtat que travessen totes les capes socials i culturals del món de la nostra vida quotidiana. En altres paraules, ens permet treballar, al mateix temps, amb més estructures analítiques que vertebrin les relacions humanes, com a classe social, etnicitat, orientació sexual, edat o religió, que contribueixen, totes elles, a generar experiències d'opressió, desigualtat o privilegi.

Tanmateix, es continuen generant sancions socials cada vegada que les dones usen drogues i atempren contra les imposicions del patriarcat. Així, doncs, les dones que usen drogues il·legals continuen essent estigmatitzades, per contraposar-se als rols femenins clàssics i per la seva relació amb la il·legalitat, per això són objecte de doble penalització moral i social per la mateixa transgressió doble (Llort, Ferrando, Borràs i Purroy, 2013).

Quan parlem o ens referim al terme autoatenció, en sentit ampli, seguint a Menéndez (2018), ens referirem als coneixements, a les representacions i a les pràctiques socials que les persones o microgrups adopten davant el patiment de determinades malalties, dolències o malestars, ja siguin físics o psíquics. Esdevé el primer

1 Tre Borràs Psiquiatra-psicoterapeuta. Directora del Pla d'accions sobre drogues de Reus, vocal de la Junta de la Societat d'Endocannabinologia Clínica (SCE), REMA (Red estatal de Mujeres Antiprohibicionistas), Mujeres cannábicas. Constanza Sánchez Doctora en Dret (PhD) Directora de LLeis i Política a ICEERS (International Center for Ethnobotanical Education, Research and Service) REMA. Lynn Paltrow (EEUU) Doctora en Dret (Ph.D) Executive director. (National Advocates for Pregnant Women). Erin O'Mara (UK) Activista Communications Coordinator (EuroNPUD) INWUD (International Network of Women who use drugs). Aura Roig Antropòloga, Directora de Metzineres, REMA, XADUD (Xarxa de dones que usen drogues). Mery Peña Metgessa Secretaria de la Junta de la Societat Clínica d'Endocannabinologia. Isadora Simoes da Souza (Brasil), Psicòloga, professora de la Universidad Anhembi Morumbi. Maria Teresa Ninni (Italia) Tècnica Social Drop In ASL "L'isola di Arran". Mati Sundvall Activista Metzineres, XADUD. Maite Martí Activista, ARSU (Associació Reus Som Útils), CatNPUD (Catalan network of people who use drugs). Manuela Benedetto Activista Metzineres XADUD, Maria Stagnitta (Itàlia) Treballadora Social CAT Cooperativa Social. Maria Mata Activista, ARSU, DonARSU TOT. Monique Marks (South Africa) Doctora en Sociologia (Ph.D), Durban University of Technology/Urban Futures Center. Noemí Sánchez Nàcher, Dra. en Neurociència (Ph. D), Professora associada UV (Universitat de València), Presidenta Observatori Europeu del cultiu i consum de cànnabis, REMA, Mujeres cannábicas. Alejandra Outomouro, Metgessa especialista en medicina comunitària, Perspectiva de gènere i Reducció de Danys i Riscos. Vanessa Morris (Colòmbia) Sociòloga, ATS (Acción Técnica y Social). Patty Amiguet, Presidenta de CatFAC (Federació d'Associacions Cannábiques de Catalunya), Co-fundadora de REMA, Mujeres cannábicas.

nivell d'atenció, el qual precedeix qualsevol intervenció de qualsevol sistema mèdic estructurat.

Podríem distingir entre autocura (persona) i autoatenció (microgrups o grups mes amplis), però ja que segons el mateix autor aquesta línia distintiva no és molt clara, ens centrarem en observar i explicar el procés d'automedicació relacionat amb el contingut presentat en aquest article, com una pràctica comú, però no sempre existent en els diferents processos o sistemes d'autocura/autoatenció.

L'automedicació no només implica l'administració d'una substància o remei, sinó que també implica, o es refereix, a la identificació dels símptomes experimentats, el seu diagnòstic, introduir mesures d'autocura, avaluació i en molts casos l'assumpció de determinats riscos (Gutiérrez i Vega, 2022). Per tant aquest procés implica el domini de certs coneixements, l'experimentació en molts casos i sobretot la divulgació d'aquest tipus d'experiències entre persones d'un mateix grup o col·lectiu, esdevenint un coneixement compartit.

El documental exposa com les dones han creat coneixement col·lectiu per l'ús de la cànnabis per pal·liar malestars que poden provocar els usos d'altres substàncies i reivindica que poques vegades s'ha estudiat en l'àmbit científic des d'una perspectiva no condicionada per les polítiques prohibicionistes que imperen arreu, plantejant una investigació lliure de prejudicis que ens permeti entendre de forma clara els beneficis. Es detecta un buit i gran biaix en la ciència, feta gairebé tota per homes blancs, que no afronta el desconeixement dels efectes que tenen certes substàncies sobre els cossos de les dones. Com a antecedent a la producció de The Green Witch Project, l'any 2009 vam produir “Més enllà de l'heteronormativitat” amb el mateix afany d'investigar i aprofundir en la complexitat matèria de gènere i consums de drogues.

És comú i habitual en les societats occidentals contemporànies reduir els complexos processos d'autoatenció al terme automedicació –fent referència normalment a productes de la indústria farmacèutica–, visibilitzant només una petita part dels processos salut-malaltia-atenció-prevenició (Llort, 2017). Aquest és justament un efecte de l'aplicació del discurs i coneixement de les institucions biomedicalitzades al sentit de la vida quotidiana. És important tenir en compte que automedicació també pot fer referència a

l'ús d'alcohol, cànnabis, infusions o altres substàncies i/o pràctiques.

Així doncs volem visibilitzar com les dones, en aquest documental, l'han estat usant per diferents motius d'una manera intuïtiva obrint noves vies que cal investigar, per passar a emmarcar l'ús legal de la cànnabis² i l'accés a la mateixa amb una descripció de la situació actual i el seu ús específic.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Gutiérrez, R., & Vega, L. (2021). Self-medication with cannabidiol (CBD) and associated treatments in the self-care of anxiety in women from Mexico City: A qualitative study. *Salud Mental*, 44(6), 295-306.
- Llort, A. (2017). El placer es mío. Cannabis: ¿autoatención o automedicación?. En: *Las sendas de la regulación del cannabis en España* (pp. 219-231). Edicions Bellaterra.
- Llort Suárez, A., Ferrando Esquerré, S., Borrás Cabacés, T., & Purroy Aritzeta, I. (2013). El doble estigma de la mujer consumidora de drogas: estudio cualitativo sobre un grupo de auto apoyo de mujeres con problemas de abuso de sustancias. *Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social*, 0(20), 9-22.
- Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. *Desacatos*, (58), 104-113.
- Romo, N. (2018). Cambios y continuidades en el consumo de drogas y tóxicos en mujeres y niñas jóvenes. *Género, adolescencia y drogas*.

WEBGRAFIA

- “Més enllà de l'Heteronormativitat”. Pla d'accions sobre drogues de Reus i Hokusai Films.
Documental disponible a: https://vimeo.com/61171222?embedded=true&source=video_title&owner=796040
- “The Green Witch Project”. Pla d'accions sobre drogues de Reus i Hokusai Films.
Documental disponible a: <https://www.thegreenwitchproject.net/>

2 Un bon exemple d'actualització i recerca d'informació, el trobem, en el marc dels cicles de conferències “Prestatgeries Psicoactives” (Pla d'Accions sobre drogues de Reus), i concretament amb la conferència amb relació a l'ús del CBD realitzada pel Dr. José Carlos Bouso d'ICEERS.

PROGRAMES

EN INSTITUCIONS PENITENCIÀRIES

LTJ57 Usos del cànnabis a presó des de l'acció comunitària

Raúl Jiménez Vinaja

EDUCADOR SOCIAL. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT / FUNDACIÓ SALUT I COMUNITAT

El projecte d'Agents de Salut que es porta a terme als centres penitenciaris de Brians 1 i 2 a Barcelona es desenvolupa mitjançant la metodologia *bola de neu* i pretén la construcció d'un espai de participació mitjançant relacions d'ajuda mútua i educació entre iguals.

S'inicia amb la formació d'un petit grup de persones usuaris de drogues vinculades al Centre d'Atenció i Seguiment (CAS) a les drogodependències en qüestions de salut i usos de drogues, utilitzant el propi coneixement del participants envers aquets temes com a nucli central de l'experiència formativa.

El procés i desenvolupament del grup tracta de generar un clima de confiança i seguretat on poder coproduir estratègies per millorar les condicions de vida dels participants i de totes les persones que conformen la comunitat penitenciària mitjançant el disseny i la posada en marxa d'accions de promoció de la salut.

L'enfoc de la reducció de danys permet avançar utilitzant mètodes percebuts com a vàlids pels col·lectius d'usuaris de drogues respectant la seva posició i decisió respecte el canvi. En el nostre cas la participació activa d'aquestes persones en les estratègies que desenvolupem genera un moviment de simples subjectes beneficiaris cap a agents que participen democràticament en la construcció de polítiques que els afecten directament.

Des del grup d'Agents de Salut es provoca un procés d'acció comunitària enfortint a les persones i col·lectius participants des d'una perspectiva inclusiva dels diferents actors que forma la institució penitenciària amb l'objectiu de la millora de les condicions de vida d'aquets grups.

Una d'aquestes accions nascuda al projecte va ser l'exploració dels diferents usos que fan del cànnabis les persones que es troben dins d'un centre penitenciar pagant una condemna. La pregunta per començar a parlar d'aquest tema va ser: "quines qüestions que es viuen com a positives o beneficioses i quines altres com a negatives alhora d'utilitzar cànnabis el context penitenciar".

Aquest procés d'investigació el qual compta amb la participació directa dels Agents de Salut en varies fases del estudi finalitza amb la recent publicació d'un article científic l'any 2022 (<http://www.sanipe.es/OJS/index.php/RESP/article/view/628>).

A mes a mes d'engegar propostes per sensibilitzar sobre les persones infectades per VIH o VHC, informar sobre els riscos de patir una sobredosis o apropar reflexions envers la violència de gènere es demostra que la persones usuàries de drogues organitzades mitjançant projectes o grups socials tenen la capacitat de generar coneixement científic.

Concretament van participar en dos qüestions claus de l'exploració. En un primer moment aporten informació clau sobre l'ús que es fa del cànnabis a presó i que orienta tant el disseny del qüestionari com en la definició dels objectius de l'estudi mitjançant converses en sessions de treball grupal. La següent aportació elemental va ser poder aconseguir que persones usuàries de cànnabis empresonades estiguessin disposades i confiessin en poder contestar el qüestionari i no sentir que estaven posant en risc el seu procés penitenciar (permisos) pel fet de verbalitzar la utilització d'aquesta substància prohibida.

La mostra va ser de 63 subjectes i un dels motius principals que van adduir els reclusos per consumir cànnabis era reduir l'ús d'altres medicaments o drogues, per això la utilització d'aquesta planta es pot entendre com una estratègia de reducció de riscos i danys. Altres raons esmentades van incloure la disminució de l'estrès o de la tristesa i el fet de dormir millor. En general, el consum de cànnabis per part dels reclusos constitueix una conducta que busca pal·liar o esmorteir alguns dels efectes perjudicials sobre la salut que té la vida a la presó portant a conceptualitzar aquest us com a estratègies d'autoatenció.

Tal i com concloem en aquest estudi es necessita més investigació per explorar si l'ús de cànnabis en el context penitenciar té beneficis o no, no només per a símptomes concrets, sinó també per reduir l'estrès relacionat amb la institució. Aquests resultats mereixen més investigació que pugui donar suport a consideracions més serioses sobre programes de reducció de danys o fins i tot programes pilot de dispensació de cànnabis dins dels centres penitenciaris.

Per últim des de l'exploració realitzada proposem permetre l'ús de papers de fumar cànnabis als centres penitenciaris per tal de reduir els danys potencials associats amb l'ús d'aquesta substància amb la idea de implementar estratègies bàsiques per millorar la seguretat en l'ús de drogues.

LTJ58 Distribución de papel de aluminio para el consumo de drogas por vía pulmonar desde CAS Brians 1

Rafael Clua García

CAS BRIANS 1. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT / FUNDACIÓ SALUT I COMUNITAT

A finales del año 2020 se impulsó desde el CAS Brians 1 la distribución de papel de aluminio para la promoción de la salud entre las personas consumidoras de drogas por vía pulmonar del medio penitenciario. En esta ponencia se expone el proceso de implementación, el perfil de las personas usuarias y una evaluación general de dicha intervención.

Desde los centros de atención y seguimiento (CAS) a las drogodependencias de Brians 1 y 2 (Sant Esteve Sesrovires, Barcelona) se llevan a cabo programas de reducción de daños (tratamientos de sustitución de opioides, programas de intercambio de jeringuillas, intervención con pares, entre otros) para dar cobertura a las necesidades de personas consumidoras de drogas en el medio penitenciario (1, 2).

En los últimos años, se detecta un aumento de personas que consumen drogas por vía pulmonar, siendo un reclamo la introducción de estrategias de reducción de daños para el consumo de drogas por esta vía. Con motivo de la crisis del Covid-19, en noviembre de 2020 se puso en marcha en el centro penitenciario Brians 1 la distribución de kits de láminas y cánulas de aluminio bajo en plomo, con los siguientes objetivos:

1. Reducir las infecciones de transmisión sanguínea (VHC, VIH, etc.) y de transmisión aérea (Covid19, gripe, etc.) por compartición de material de consumo.
2. Fomentar la transición inversa del uso de drogas por vía parenteral a vía pulmonar.
3. Reducir las sobredosis por consumo de opioides.
4. Acercar a las personas consumidoras a servicios especializados en drogodependencias (CAS).

PERSONAS BENEFICIARIAS E INTERVENCIONES

La promoción del kit de aluminio se realiza en los distintos espacios de intervención del CAS. Específicamente,

se promueve su distribución entre personas consumidoras de drogas por vía pulmonar, personas usuarias del programa de intercambio de jeringuillas (PIJ), personas usuarias de los tratamientos de sustitución de opioides (TSO) y entre agentes de salud del CAS.

Entre noviembre de 2020 y marzo de 2022 han participado 40 personas diferentes con las siguientes características sociodemográficas: 22 hombres y 18 mujeres, con edad media de 41,1 años y entre las cuales 8 (20%) eran extranjeras. En relación con las prácticas de consumo, 22 consumían principalmente por vía pulmonar y 18 por vía parenteral. Respecto al uso de los programas de reducción de daños, 22 estaban en TSO y 18 utilizaban habitualmente el PIJ.

Durante este tiempo, hemos realizado 115 intervenciones de distribución de material de consumo. En muchos casos, se ha detectado la dispensación secundaria entre usuarios y otras personas internas, consiguiendo aumentar la cobertura de la intervención a poblaciones ocultas.

EVALUACIÓN GENERAL

La distribución del papel de aluminio se realiza con mínimas barreras de acceso, dando cobertura a las necesidades de las personas beneficiarias. Éstas utilizan el papel de aluminio para consumir heroína, pero también crack, utilizando el aluminio para la fabricación de pipas artesanales.

En general, las personas usuarias valoran positivamente la distribución del kit de papel de aluminio bajo en plomo. Refieren recibir una buena atención e información por parte del personal del CAS y mejorar las prácticas de consumo por vía pulmonar. Específicamente, consideran positivo poder consumir sin necesidad de utilizar métodos nocivos (papel de chokolatinas o de paquetes de tabaco, latas o tapas de yogures), así como sentir menos efectos dañinos postconsumo (mal sabor de boca, picor pulmonar, etc.). En el caso de las

personas inyectoras, se destaca la alternancia de consumos con la vía pulmonar, reduciéndose los riesgos asociados al consumo por vía parenteral.

Entre las mejoras por parte de las personas usuarias, se realizan dos propuestas:

1. Distribución de kits para el consumo de crack, que incluyan pipas y bicarbonato para transformar el clorhidrato de cocaína en crack. Esta estrategia puede servir para reducir los problemas de salud por fumar crack y acercar a más personas consumidoras a servicios de reducción de daños (3).
2. Distribución de papel de fumar. Este puede servir para reducir los daños potenciales asociados con el consumo de cannabis y derivados en prisión (4).

BIBLIOGRAFÍA

1. Clua R, Salcedo D, García M, Peralta E. (2022) Atención de enfermería a usuarios de drogas en prisión. *Revista Rol de enfermería*. 45(1):27-32.
2. Sander G, Scandurra A, Kamenska A, MacNamara C, Kalpaki C, Bessa CF, Laso GN, Parisi G, Varley L, Wolny M, et al. (2016) Overview of harm reduction in prisons in seven European countries. *Harm Reduction Journal*. 13(1):28.
3. Prangnell A, Dong H, Daly P, Milloy MJ, Kerr T, Hayashi K. (2017) Declining rates of health problems associated with crack smoking during the expansion of crack pipe distribution in Vancouver, Canada. *BMC Public Health*. 17(1):163.
4. Jiménez-Vinaja R, Imbernón M, Parés-Bayerri A, Ona G, Parés Ò, Bouso JC. (2022) Jailhouse rock: Health status, patterns of use, and subjective benefits of cannabis use in a sample of inmates in Spanish prisons. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. 24(1):9-14.



Obra versionada per Miquel C., original de Kandinsky *Alguns cercles*

LTJ59 Experiències del Grup Multifamiliar als usuaris del CAS Brians: un espai comunicacional alternatiu

Oriol Torrents Guitart

PSICÒLEG DEL CAS DEL CP BRIANS 2. SERVEI CATALÀ DE LA SALUT/FUNDACIÓ SALUT I COMUNITAT

RESUM

El Grup Multifamiliar (GMF) és un grup de teràpia que apareix fa 9 anys al servei del CAS Brians. L'objectiu és generar una trobada grupal mensual amb usuaris de drogues, que estan en teràpia grupal setmanal, conjuntament amb les seves famílies.

És un espai conceptualitzat dins de les bases teòriques i pràctiques del Grupanalisis. La metodologia que aplica aquest postulat és l'ús de la teràpia en grup com a mètode de canvi. Com a essers socials, necessitem els altres per introduir canvis a nivell individual. Es parteix de la base que el patiment mental del pacient, és un emergent d'una trama familiar que a emmalaltit (Garcia Badaracco, 2006).

En aquest cas, el GMF, a través de la creació d'un espai que generi fiabilitat i seguretat, acaba esdevenint un instrument comunicatiu que permet obrir un canal alternatiu entre usuaris i famílies que permet parlar d'aspectes que no poden ser parlats a través dels mecanismes comunicatius establerts a la presó (Torrents, O., Jiménez, R.; 2017). A tot això, promou mitigar els efectes nocius del empresonament, a la vegada que provocar canvis relacionals interns en tots els seus participants (usuaris i família). En aquest punt, és important senyalar que el GMF és inclusiu, i també incorpora a aquells usuaris que, per la raons que siguin, no poden aportar familiars.

Hi ha una àmplia literatura sobre els efectes nocius de l'empresonament. Clemer (1940) parlava sobre el concepte de "imprisonment" i Erving Goffman (Segovia, 2001) sobre el concepte de les "institucions totals". Aquests conceptes fan referència a la pròpia cultura de la presó, que en resum generen una disminució del repertori de conducta de l'internat. És a dir, els residents de la presó es mantenen atrapats a les dinàmiques repressives de la pròpia institució, i per tant, disminueix l'expressió de la pròpia autonomia i autenticitat. L'internament genera el manteniment, en el temps, d'uns

estils relacionals poc nutritius que potencien l'aïllament del medi extern, a la vegada que provoca una tendència a la idealització d'una realitat externa de la que estàs físicament desconnectat. Obrir canals comunicatius amb l'exterior "aireja" les dinàmiques repressives de la institució i fa contactar amb aspectes més autèntics de la pròpia identitat.

En aquesta línia, la presó sovint provoca que els seus residents no diguin als seus familiars el què els passa a dins de presó amb l'objectiu de no preocupar-los. D'altra banda, molts familiars no diuen tot el que passa a l'exterior per no preocupar al familiar empresonat. El manteniment en el temps d'un estil comunicacional superficial acaba perpetuant unes relacions congelades que et mantenen separat d'altres aspectes més profunds de la relació.

També s'observa com els mecanismes de comunicació de la presó amb l'exterior (carta, locutori, vis a vis,...) acaben sent espais eminentment utilitaristes i funcionals, on familiars i residents tenen contacte, però no se senten vistos emocionalment. El GMF permet obrir un canal que evoca parlar aspectes silenciats de la relació, i que per tant, permeten anar-la re-actualitzant.

Complementàriament, i en el treball concret amb el usuaris i les famílies, el GMF acaba exercint una funció traductora de tots aquells moments històrics (comunament experiències de dols) que han sigut mal interpretats per diferents membres de la família y que han generat "interdependències patològiques" (relacions dependents) que només han pogut ser expressades a través de la violència, tant la auto-infligida (poden ser expressada a través de conductes compulsives) com la interpersonal (la agressivitat dirigida a les altres persones).

En conclusió, el GMF esdevé un mètode útil per comunicar, mitigar els efectes nocius de l'aïllament, i a la vegada, revisar i promoure canvis personals a través d'ela relació amb els altres.

BIBLIOGRAFIA

- Clemmer, D. (1940). *The prison community*. Boston. Publishing Co.
- García Badaracco, J.E. (2006). «El psicoanálisis Multifamiliar: cómo curar desde la “virtualidad sana”». *Revisita de psicoanálisis*, LXII, 4, pp. 919-936.
- Segovia, J. L. (2001). Consecuencias de la prisionización. *Cuaderno de derecho penitenciario*, 8 (1). pp. 3-27.
- Torrents, O.: Jiménez, R. (2017). «Aspectos beneficiosos de la aplicación de un Grupo Multifamiliar en prisión». *Teoría y práctica grupoanalítica*, 7 (1), pp. 43-52.



Obra versionada per Jesus G., original de Pablo Palazuelo *Alborada*

BERLÍN - LISBOA

LTJ60 Consumo de sustancias no legales. La situación en Berlín. Un análisis tanto subjetivo como profesional

Rosa Kistmacher

TRABAJADORA SOCIAL, EDUCADORA SOCIAL. RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE DROGAS DEL DISTRITO FRIEDRICHSHAIN-KREUZBERG. BERLÍN.

Hace ya cinco años que dejé Barcelona, la ciudad que había sido mi hogar durante doce años, para volver a mi tierra, a Berlín. Llegué a Barcelona en 2006, diplomada en trabajo social y con una beca de la Unión Europea bajo el brazo, para hacer unas prácticas en el campo que más me interesaba: Reducción de daños. Me daban una oportunidad en la sala Baluard, que por aquel entonces aún se encontraba dentro de la antigua muralla de las Drassanas, en la plaza Blanquerna. Más adelante ampliaron el servicio, pero antes solo había una pequeña sala de consumo y un minúsculo “calor y café”.

Al acabar las prácticas, me contrataron como educadora social (formación que igualmente poseo) y acabé trabajando en el equipo de tarde en Baluard. En 2008 quedó libre el puesto de la trabajadora social del SAPS, un servicio que se encontraba a 300 metros de la plaza Blanquerna y que tenía más o menos los mismos usuarios que Baluard, aunque ofrecían algún que otro servicio que cubría necesidades más allá del consumo y asesoramiento.

Por ejemplo el programa LITS, que alojaba a usuarios enfermos en hostales o pensiones durante unas noches, el taller Reco.je que iba con un grupo de usuarios a recoger material de consumo por las calles del barrio y remuneraba algo por la participación (y de paso educaba sobre el abandono de material de consumo en espacios públicos), o el asesoramiento jurídico llevado a cabo por una abogada. Me presenté y me contrataron, y terminé trabajando en el SAPS y más tarde en ARD de la Creu Roja Barcelona, hasta mi vuelta a Alemania.

Cuando volví a Berlín, tenía mucha experiencia en el trabajo “en primera línea”, había trabajado como educadora de calle, en el “calor y café”, en la sala de consumo y ofreciendo asesoramiento y derivaciones como trabajadora social. Lo que no conocía bien era como funcionan en Berlín los servicios de reducción de daños y los servicios para consumidores de drogas en general. A continuación voy a intentar describir lo que aprendí en los últimos 5 años.

Berlín tiene unos 3,6 millones de habitantes, más que el doble de Barcelona. Con una extensión de casi 900 km² es nueve veces más grande que Barcelona. Por eso está dividido en 12 distritos, cada cual de ellos cuenta con un gobierno de distrito (ayuntamiento), aparte del gobierno de Berlín (diputación y senado). Se estima que hay unas 11.000 personas con dependencia a los opioides en Berlín, de las cuales muchas se encuentran en tratamiento de sustitución. Este tratamiento se lleva a cabo en consultas médicas especializadas (hay aproximadamente 150 médicos en Berlín que lo ofrecen) y generalmente va acompañado por asesoramiento psicosocial. Además hay actualmente dos consultas médicas que dispensan diá-morfina (heroína) inyectable y hay planes para aumentar las plazas.

Aparte de opioides se consumen muchas sustancias en el contexto de ocio nocturno. Berlín es famosa por su escena musical y los clubs de techno. Justamente en las colas de entrada de varios clubs se ha realizado una encuesta (anónima) en 2017 sobre el consumo de sustancias en el ámbito nocturno. La encuesta también se podía contestar por internet. De los aproximadamente 900 encuestados, más del 60% habían consumido cannabis, un 50 % anfetamina (incluida MDMA), un 36% cocaína y un 32% ketamina, en el último mes.

Sobre todo dirigido a los consumidores de ocio, Berlín va a poner en marcha un servicio de “Drug Checking”, o sea análisis de sustancias, que va acompañado por servicios de asesoramiento sobre reducción de riesgos o posibilidades de tratamiento si alguien lo desea. Estos proyectos ya existen desde hace muchos años en otros países (p.ej. Energy Control en Cataluña, Saferparty en Suiza o CheckIt! en Austria). En Alemania la implementación está dificultada por las leyes estrictas respecto a la tenencia de sustancias ilícitas. El consumo en sí no está penalizado, pero para poder consumir primero hay que tener algo y ahí se complica la cosa. Generalmente hay cierto margen en cuanto a posesión de drogas para el consumo propio, pero esto depende mucho de la fiscalía y las leyes



Máquina dispensadora de material de inyección en Berlín. Foto: Ulrike Martin, Berliner Woche

locales. Actualmente el gobierno alemán planea legalizar el cultivo y el consumo de cannabis para el uso recreativo, pero aún tardarán en implementarlo.

Para personas que se inyectan drogas hay acceso a jeringas estériles y otros materiales de consumo en los servicios de reducción de daños, centros de asesoramiento y 24/7 a través de 18 máquinas dispensadoras de jeringuillas, repartidas por los barrios de Berlín.

Estas máquinas expendedoras de tabaco han sido adaptadas para cajetillas que contienen jeringas, cazoleta, agua, filtro, toallitas de alcohol o paquetes con papel de aluminio para uso inhalado. Por el precio de 50 céntimos o 1 € se puede adquirir el material de consumo para un solo uso.

SALAS DE CONSUMO



Gráfico: R. Kistmacher

También hay 5 salas de consumo en Berlín. Estas se encuentran en barrios céntricos, donde hay más consumo en espacios públicos. Además hay 2 unidades móviles que

reparten el horario de atención en tres sitios distintos (ver gráfico). El horario de apertura de estos servicios varía según el lugar. Desde 2020 algunos centros abren también durante el fin de semana y en días festivos. Pero aún no hay ningún servicio que esté abierto más allá de las 21 horas o antes de las 9 de la mañana. Aunque han ido aumentando horarios (y servicios) durante los últimos años, faltan recursos económicos para abrir un centro de reducción de daños las 24 horas durante toda la semana.

CONSUMO EN LA CALLE

En Berlín también hay muchas personas sin vivienda (aunque haya prestaciones sociales, no todo el mundo tiene acceso a ellas) que se ven obligadas a dormir en la calle o en albergues. Algunos no quieren o pueden usar las salas de consumo y por tanto hay consumo en espacios públicos (calles, parques) o semi-públicos (escaleras, patios de edificios). Sobre todo desde 2020 ha aumentado el consumo “visible” en espacios públicos, en parte también como resultado de la pandemia y sus restricciones. En consecuencia hay más quejas de la ciudadanía relacionadas con consumo de drogas y problemas asociadas (suciedad, jeringas en el suelo, personas sin techo, ruido, orinar....).

Para abordar los problemas relacionados con el consumo en espacios públicos hay varias estrategias que se van implementando: por un lado aumentar los equipos de calle que trabajan con personas sin techo y consumidores de drogas que informan sobre los servicios disponibles, acompañan o realizan derivaciones a centros de asesoramiento y tratamiento. Por otro lado se han colocado más de 70 contenedores especiales para jeringuillas en espacios públicos, sobre todo en conocidos puntos de con-

sumo. El vaciado y mantenimiento de estos contenedores es responsabilidad de diferentes encargados: ONGs, administración pública, departamento de mantenimiento de parques o la empresa de limpieza pública de Berlín.

Además de los contenedores especiales hay varios proyectos que recogen jeringuillas y otros materiales de consumo en la vía pública y los parques de Berlín, siendo algunos de ellos comparables con el famoso taller Recoje del SAPS, porque incorporan a los propios usuarios o ex-usuarios y les permiten así tomar responsabilidad y ganar un dinero extra.

En general se puede decir que en los últimos tres años ha habido más sensibilización en la ciudadanía por temas relacionados con el consumo de sustancias ilegales, sobre todo por el aumento del consumo en espacios públicos. Una consecuencia positiva de este aspecto es que, hay más apoyo para la instalación de servicios de reducción de daños, desgraciadamente es difícil encontrar edificios o locales en Berlín cuyos propietarios quieran ofrecer un alquiler a este tipo de servicios, incluidas las viviendas comunales o estatales.

TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA

Por último, para todas aquellas personas que deciden iniciar un tratamiento por dependencia, hay distintos servicios de asesoramiento y tratamiento según el tipo de dependencia: sustancias legales (alcohol, medicamentos), ilegales (opioides, cocaína, cannabis) o trastornos de adicción no relacionado con sustancias como ludopatía, gaming/internet, compras. También hay servicios especializados según a que grupo vayan dirigidos, mujeres, jóvenes, LGBTI+.

Los servicios ofrecen asesoramiento a la persona afectada, familiares y amigos, tratamientos en forma de terapia ambulatoria individual o de grupo (cubierto por la seguridad social) o rehabilitación ambulatorio (a cargo de la caja de pensiones).

Para las personas que necesitan un tratamiento de desintoxicación hay 19 clínicas de desintoxicación, generalmente en las plantas de psiquiatría/psicoterapia en los hospitales. Algunas clínicas están especializadas en desintoxicación de alcohol y medicamentos; otras en sustancias ilegales. También hay clínicas especializadas para la atención de menores y jóvenes, igualmente con enfoque a patrones de consumo no relacionado con sustancias, p.ej. gaming.

Por otra parte están también los servicios adicionales como terapia en clínicas o centros (3-6 meses) / rehabilitación (6-18 meses); pisos tutelados, por ejemplo en apartamentos puestos a disposición por ONGs, individuales o en pisos compartidos.

También hay la opción de tutela, o sea de asistencia en piso propio, grupos de autoayuda; asesoramiento ambulatorio (trabajo social de calle o en centros de recogida) como para personas inmigradas o refugiadas.

Actualmente el gobierno de Berlín -Agencia de Salud Pública- está revisando el Plan de drogas y adicciones de Berlín, la llamada "Landesstrategie Sucht". En él participan los diferentes servicios de la red de atención a personas drogodependientes, la directora del área de drogodependencias de Berlín, los responsables del área de adicciones de los 12 distritos (entre ellos yo, como responsable del distrito Friedrichshain-Kreuzberg), y usuarios de distintos servicios. Entre todos esperamos mejorar aún más la red de atención a personas drogodependientes y seguir atendiendo a la gente afectada con respeto y dignidad.



Foto: BSR



Foto: R. Kistmacher



Foto: R. Kistmacher

LTJ61 20 Anos depois, o que estamos a aprender com as salas de consumo assistido

Publicado em *Comportamentos Aditivos. Perspetivas e desafios*.

https://www.sicad.pt/BK/EstatisticaInvestigacao/EstudosConcluidos/Lists/SICAD_ESTUDOS/Attachments/228/DossierTematico_ComportamentosAditivos_Perspetiva_e_desafios.pdf

Autorizada su reproducción a través de Ricardo Fuertes

Adriana Curado

Coordenadora de projetos na área das drogas no Grupo de Ativistas em Tratamentos (GAT): Programa de Consumo Vigiado Móvel desde 2019 (GAT, MdM, CML); Estudo de Hepatite C – avaliação da prevalência (e dos comportamentos de risco) em ambiente de consumo injetado de drogas entre 2017 e 2020 (ISAMB, ANF, GAT, CEFAR); Projeto EUROSIDER – A European Safer Injecting Drug Use Education entre 2018 e 2019 (Grant do Programa de Justiça, coordenada pelo INSERM). Representante do GAT no Fórum Europeu da Sociedade Civil para as Drogas (2018-2021). Licenciada em Psicologia.

Elsa Belo

Diretora Técnica em Ares do Pinhal e no Projeto Programa de Substituição de Baixo Limiar de Exigência da cidade de Lisboa desde 2015. Desenvolvimento da estratégia de tratamento das doenças infectocontagiosas da Associação Ares do Pinhal desde 1998. Formação de médicos internos de psiquiatria das Equipas de Tratamento (SICAD, ARSLVT) desde 2016. Técnica Superior de Serviço Social no projeto de “Prevenção do Uso de Drogas e outras substâncias no meio Escolar” no Município de Santarém (IDT, 2004-2005). Técnica Superior de Serviço Social graduada pelo Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa, 1998.

Ricardo Fuertes

Técnico na Sala de Consumo Assistido SAPS da Cruz Vermelha de Barcelona (2006 - 2009). Mediador de pares com homens que têm sexo com homens no Checkpoint Barcelona (2009 - 2010) e CheckpointLX (2011 - 2013). Coordenador do centro de redução de Danos IN-Mouraria (2012 - 2017). Assessor para as áreas LGBTQI+, VIH e Dependências no Gabinete do Vereador Manuel Grilo, Câmara Municipal de Lisboa (2018 - 2021). Licenciado em Psicologia. Cumpridos 20 anos do atual modelo de políticas de drogas em Portugal é tempo de olhar para o futuro, sendo o presente texto uma reflexão a partir da experiência de implementação dos programas de consumo vigiado em Lisboa.

À data estão em funcionamento um programa móvel, a intervir desde abril de 2019 em três freguesias de Lisboa, e um programa fixo, aberto em maio de 2021 no bairro da Quinta do Loureiro. Ambos são da iniciativa da Câmara Municipal de Lisboa, com gestão de organizações não governamentais¹ e acompanhamento técnico e institucional por parte do SICAD e da ARSLVT. O surgimento destes programas acontece mais de 30 anos depois da primeira experiência europeia, na Suíça em 1986 (Hedrich, Kerr & Dubois-Arber, 2010), e quase 20 anos depois do Decreto-Lei n.º 183/2001 que regula as respostas de redução de danos em Portugal,² onde se incluem os programas de consumo vigiado.

Ainda assim, a implementação dos programas em Lisboa coloca Portugal no restrito grupo de doze países que contam com este tipo de estrutura, dez na Europa, mais Canadá e Austrália (HRI, 2020). Não obstante tentativas anteriores e a pressão que já existia por parte de organizações da sociedade civil e ativistas, este processo de implementação inicia-se com o diagnóstico realizado pela ARSLVT em 2015 no qual é reconhecida a necessidade de criar vários programas de consumo vigiado (SICAD/ARSLVT, 2015), descentralizados, para complementar a rede existente de respostas. Depois, em 2017, a Câmara Municipal de Lisboa apoiou a realização de diagnósticos locais e iniciativas de capacitação técnica das equipas e parceiros, tendo-se depois comprometido no Programa de Governo da Cidade³ a

1 O Programa de Consumo Vigiado Móvel é gerido pela Médicos do Mundo e GAT; e o programa fixo pela Ares do Pinhal.

2 <<https://dre.pt/pesquisa/-/search/362322/details/maximized>>.

3 Assembleia Municipal de Lisboa: Grandes Opções do Plano para a cidade de Lisboa 2018-2021. Disponível em <<https://www.am-lisboa.pt/451200/1/008906.000500/index.htm>>.

criar, durante o mandato 2018-2021, três salas de consumo – duas fixas e uma móvel.

O novo diagnóstico, atualizado pela ARSLVT em 2019, veio confirmar essa necessidade (DICAD/ARSLVT, 2019). O facto de terem existido no passado várias tentativas de implementação fez com que se tivesse optado, desta vez, por uma estratégia que tornasse o processo mais sólido, apesar de não existirem fórmulas garantidas a priori.

Assim, escolheu-se um discurso comum entre todas as entidades e pessoas envolvidas, utilizando os mesmos dados de diagnóstico, comunicando de forma cuidada e articulada, recorrendo a uma terminologia legalista (Programa de Consumo Vigiado), nomeando frequentemente os resultados expectáveis na área da saúde e segurança; e salientando em todo o processo a solidez da proposta em termos institucionais – através da realização e divulgação de protocolos de colaboração – e em termos políticos. As duas propostas de financiamento dos programas foram votadas favoravelmente em reuniões da câmara de Lisboa, por partidos do executivo e da oposição, com o voto contra apenas de um partido.⁴

5

Fora da discussão alargada na comunicação social ficaram algumas questões importantes para as pessoas que usam drogas e para os profissionais da área, mas que tornariam o processo mais confuso para a população geral e para a opinião pública. Por isso, não foram aprofundadas análises sobre as prevalências de consumo a nível local; sobre a designação do programa, que alguns técnicos e ativistas preferiam ter chamado de “Espaços de Consumo Protegido”; sobre o desequilíbrio de género entre utentes que acedem aos programas; sobre o perfil dos profissionais que atuam nas salas e os limites da sua intervenção, ou até mesmo reflexões sobre o direito ao prazer e a autogestão de espaços de consumo, entre outros.

Agora, estando duas salas a funcionar, é um momento oportuno para refletir sobre o processo de implementação e desafios futuros.

O PAPEL DAS CIADES

O papel de algumas cidades na implementação de respostas de redução de danos já era uma realidade no final dos anos 80 e início dos 90, devido à urgência de atuar face ao crescimento de casos de SIDA e a fenómenos de consumo a céu aberto.

Ainda assim, prevê-se que esse papel, em Portugal e em várias regiões do mundo, seja cada vez mais ativo, tanto na área do VIH –veja-se, por exemplo, a iniciativa Fast Track Cities–⁶ como na das drogas. Tal deve-se à cada vez maior concentração de população nas cidades e à elevada pressão para que, a nível local, sejam encontradas respostas, que na maior parte das vezes não se cingem às questões de consumo, mas que interseccionam com diversas outras problemáticas que ameaçam a coesão social e a qualidade de vida das populações, como a pobreza, as desigualdades ou a marginalização de certos territórios ou grupos de pessoas. Outra das grandes possibilidades que se abre às cidades é a capacidade de desenhar e implementar projetos-piloto adaptados ao contexto local e com uma abordagem participativa.

Este papel cada vez maior das cidades nas intervenções sociais e de saúde tem, no imediato, impacto no desenho de medidas que assegurem o acesso à saúde, promoção da coesão social e segurança, em articulação com as comunidades e parceiros da cidade. E, ainda mais além, abre o caminho a que num futuro próximo as cidades possam estar envolvidas em experiências de regulamentação do acesso a substâncias atualmente consideradas ilícitas (*Global Commission on Drug Policy*, 2021).

Alguns princípios sobre o papel das cidades nas políticas de drogas estão já descritos na Declaração de Praga lançada em 2010.⁷

A IMPORTÂNCIA DO QUADRO LEGAL

Os programas de consumo vigiado estão incluídos no decreto-lei que regulamenta as respostas de redução de danos em Portugal. A legislação define que os Programas devem ser da iniciativa de municípios ou entidades particulares com intervenção na área das dependências, e dependem de autorização renovável anualmente pelo IPDT (atualmente pelo SICAD). É

4 Câmara Municipal de Lisboa. 3º Suplemento ao Boletim Municipal nº1340. Disponível em <<https://www.amlisboa.pt/documentos/1582295425Y1qNC7ow6Id97HN4.pdf>>.

5 Câmara Municipal de Lisboa. Ordem de Trabalhos da Reunião da Câmara Municipal de 28 de novembro de 2018. Disponível em <<https://informacoeseservicos.lisboa.pt/informacao-administrativa/publicacoes-e-notificacoes?category=49&cPage=5>>.

6 <<https://www.fast-trackcities.org/>>

7 <https://www.praha.eu/public/8d/1/35/1216959_176129_PrgDeclEN.pdf>

regulada a constituição da equipa (técnicos psicossociais, profissionais de saúde), horário (fixo, mas adaptado às necessidades dos utentes), localização (fora de áreas urbanas consolidadas) e perfil dos utentes (maiores de idade, com dependência de substâncias) e número máximo de utentes a utilizar o programa em simultâneo (10 nos programas fixos, 2 nos programas móveis).

A avaliação é baseada em indicadores também contemplados na legislação, como o número de pessoas atendidas; número de pessoas que aceitaram programas de tratamento; número de utentes que aceitaram rastreios de doenças infecciosas; número de pessoas que aceitaram transitar para outros programas e ações de redução de riscos; número de mortes por dose excessiva ocorridas e evitadas no âmbito do funcionamento do programa.

Ao contrário do que aconteceu em Portugal, a ausência de legislação específica levou muitas cidades a optar por implementar salas de consumo assistido ao abrigo de estudos, de regulamentos genéricos sobre serviços de saúde, ou a alterar legislação nacional (Schatz & Nougier, 2012) ou mesmo a optar por estratégias de “better to ask forgiveness than permission”, como vimos acontecer em Espanha. Consideramos que o facto de existir em Portugal legislação que enquadra estes programas foi uma vantagem. Ainda assim, sendo uma legislação com 20 anos, nunca atualizada, faz com que vários aspetos sejam insuficientes ou ambíguos, nomeadamente a obrigatoriedade de instalar programas em zonas de grande concentração (como se mede?) de consumidores por via endovenosa fora de zonas urbanas e residenciais, a limitação do número de pessoas que podem utilizar o dispositivo em simultâneo, o deixar de fora o consumo fumado ou mesmo os indicadores escolhidos para a sua monitorização. Os programas de redução de danos e os espaços que permitem um consumo mais seguro, como já foi referido, têm a sua génese em cenários de emergência (epidemia VIH e consumo a céu aberto no centro das cidades) (Csete & Grob, 2011; Köthner, Langer & Klee, 2011; Kerr et al., 2017). Atualmente parte da discussão sobre a sua implementação ainda radica num contexto de crise e também, importa dizê-lo, num paradigma proibicionista em que o mercado de drogas ilícito e desregulado não proporciona qualquer segurança aos consumidores. Na América do Norte trata-se da crise dos opioides (71 000 mortes por overdose em 2019 só nos EUA) (Mattson et al., 2021), inscrita numa crise mais ampla de falência do modelo proibicionista (Tsai et al., 2019; Tyndall & Dodd, 2020), e em França e Paris a discussão sobre as salas é feita em pleno debate sobre

uma alegada epidemia do crack.⁸ Se, por um lado, é de valorizar a capacidade destes programas para responder de forma eficaz e pragmática a situações de crise, consideramos que é necessário contemplá-los para contextos em que os problemas não são agudos nem de emergência, mas em que persistem pessoas em situação muito vulnerável e marginal. Sem essa visão, mais qualitativa do que quantitativa, torna-se difícil pensar estes equipamentos para a realidade contemporânea de muitas cidades europeias. A existência de fenómenos de consumo menos visíveis, mais integrados na malha urbana, aparentemente menos numerosos, pode ter impossibilitado a abertura de salas nalgumas cidades, como foi recentemente o caso de Dublin⁹ ou Glasgow¹⁰ (Lloyd et al., 2016) e poderá dificultar a criação de salas em Portugal, em zonas de consumo nos centros urbanos e centros históricos onde esse consumo existe e a necessidade de salas tem sido identificada, como por exemplo na Mouraria, em Lisboa, ou na Sé, no Porto. A experiência das salas já em funcionamento em Lisboa tem mostrado um perfil de consumidores que continua a precisar desta resposta, consumidores com muitos anos de consumo, com consumos de alto risco (injeções na virilha e pescoço), e com uma situação social e de saúde muito deteriorada (Curado et al., 2020). Também não podemos ser alheios à grande adesão que se verifica no programa de consumo vigiado fixo –com mais de 870 utentes inscritos nos primeiros seis meses de funcionamento– e à elevada procura por parte dos consumidores por via fumada. Num país com maior tradição e experiência na intervenção sobre consumos injetados, tal facto abre espaço para se refletir sobre o futuro das estratégias e programas de redução de danos, o que poderá reforçar a necessidade de um maior investimento em espaços para consumo fumado e na disponibilização de cachimbos para consumo de cocaína crack de forma mais permanente.

-
- 8 “Crack à Paris : Anne Hidalgo veut ouvrir quatre nouveaux sites pour les consommateurs”: <https://www.lemonde.fr/politique/article/2021/08/31/a-paris-anne-hidalgo-veut-ouvrir-quatre-nouveaux-sites-pour-les-consommateurs-de-crack_6092870_823448.html>. À Paris, l'épineuse gestion de la crise du crack: <<https://www.la-croix.com/France/A-Paris-lepineuse-gestion-crise-crack-2021-08-04-1201169346>>
 - 9 High Court decision on supervised injecting centre will cost lives, claims TD: <<https://www.irishtimes.com/news/social-affairs/highcourt-decision-on-supervised-injecting-centre-will-cost-lives-claims-td-1.4621680>>
 - 10 <<https://www.sdf.org.uk/impassioned-pleas-westminster-debate-drug-consumption-rooms-rejected-uk-government/>>

ALGUMA NOTAS SOBRE O MODELO

A maior parte das salas de consumo assistido na Europa privilegia a integração de vários serviços num mesmo espaço (EMCDDA, 2018) e a opção por um modelo mais técnico do que comunitário, no sentido em que são raras as experiências de autogestão por pessoas que usam drogas ou mesmo o emprego formal de pares nas equipas. Em Lisboa, o modelo de implementação adotou uma via mista, com uma clara vertente comunitária, que incluiu a integração de pares e mediadores comunitários nas equipas; não esquecendo também a vertente técnica que este tipo de programas habitualmente implica, sobretudo no consumo injetado e quando uma parte da intervenção é medicalizada e exige a presença de profissionais de saúde para garantir o funcionamento do programa. Assim, tornou-se inevitável, numa fase piloto, a opção por um modelo misto, sobretudo quando foi necessário definir uma série de procedimentos e protocolos de atuação e o acesso à naloxona, e em particular à formulação nasal, não estava disponível na comunidade. Não quer isto dizer que outros modelos não possam vir a ser viáveis no contexto português ou que haja uma única via possível ou desejável. O modelo é função das necessidades e recursos locais, dos objetivos da intervenção, do contexto político, das condições de participação da própria comunidade e de uma infinidade de outros fatores, alguns difíceis de prever, porque intimamente ligados a dinâmicas locais. Nesse sentido, pode ser importante garantir uma fase estruturada de pré-implementação, como foi o caso de Lisboa (Taylor et al., 2019), em que estes elementos possam ser ponderados. Outra característica do modelo adotado em Lisboa foi a opção pela integração. Os programas de consumo vigiado nunca foram vistos de forma isolada da rede de respostas existente na cidade, nem como sendo uma intervenção estrita no consumo e condições envolventes. Assim, foi com naturalidade que se desenharam serviços com componentes sociais e de saúde, e também preparados para fazer a ligação com outros níveis de cuidados. Além disso, foram implementados com uma filosofia de baixo limiar, com o mínimo de barreiras possível, contrastando com a experiência e dificuldades enfrentadas noutras salas europeias. Assim, as restrições sobre o tipo de substância ou o local de injeção permitidos, ou sobre a ajuda disponibilizada para encontrar veias ou punção foram reduzidas ao mínimo, sendo sempre privilegiada a inclusão do máximo de pessoas possível. Eventualmente, o quadro regulatório exis-

tente e o seu carácter genérico permitiram uma maior liberdade na definição de procedimentos específicos. Mas houve outros aspetos em que a lei condicionou o modelo adotado, nomeadamente quando se tratou de oferecer este serviço no centro da cidade ou em áreas urbanas consolidadas, como já foi mencionado. A opção pelo formato móvel foi em parte para ultrapassar estas limitações e outras eventualmente decorrentes de uma maior oposição social ou de custos de investimento iniciais associados a um espaço fixo. Tal como noutras cidades, a implementação em unidade móvel permitiu obviar algumas destas dificuldades por levantar muito menos objeções e ser mais barata num primeiro momento, o que podem ser aspetos importantes quando se está numa fase de construir consensos públicos acerca da necessidade e efetividade deste tipo de resposta

Para além de Lisboa, várias outras cidades optaram por unidades móveis¹¹ (Dietze et al., 2012; Mesma et al., 2019), de forma independente ou em complementaridade com salas fixas, com serviços mínimos (só disponibilizando primeiros socorros e um espaço para consumir) ou num modelo mais alargado, para abrir caminho ou responder a uma emergência. O carácter transitório ou a flexibilidade em alterar paragens, o responder rapidamente a reconfigurações nos territórios psicotrópicos urbanos ou a fenómenos pequenos e dispersos de consumo ditam muita da atratividade do formato móvel. Contudo, é uma opção em que as limitações também são conhecidas, como a falta de espaço e menor capacidade, a dificuldade em controlar a temperatura no interior das instalações, a maior vulnerabilidade a interrupções no serviço devido a fatores externos, a falta de privacidade, a impossibilidade de agregar outros serviços que impliquem espaço ou um maior tempo de permanência (duches, refeições, zonas de descanso ou de lazer). Algumas destas limitações podem de facto condicionar ou ter um impacto na qualidade do serviço prestado, e por isso é muito importante avaliar cuidadosamente todos os benefícios e custos desta opção. Os programas fixos, por outro lado, oferecem condições para realizar uma intervenção mais completa, com a possibilidade de se disponibilizar um conjunto de serviços básicos, essenciais para promover a adesão e o autocuidado de uma população que é essencialmente uma população em situação de sem abrigo. No entanto, os processos de implementação de estruturas fixas podem levantar maior oposição

11 <<https://www.bbc.com/news/uk-scotland-53991090>>

política ou por parte de moradores, sendo os principais motivos, comuns a outros países e cidades, o receio de estigmatização do bairro onde a sala se localiza, um eventual efeito-chamada de consumidores que não frequentam a zona, receios acerca da possível desvalorização dos imóveis, apesar da literatura não confirmar estas expectativas (Belackova & Salmon, 2017). No Lumiar, por exemplo, a oposição por parte de associações de empresários e moradores condicionou fortemente a implementação de um programa de consumo vigiado fixo, ainda sem data prevista de abertura. Na Quinta do Loureiro foi possível implementar o programa, tendo havido fatores que, na articulação com os moradores e outros parceiros institucionais, podem ter tido um papel favorável: o edifício municipal onde foi instalado o programa era já um espaço de consumo e pernoita, sendo a realidade do consumo muito visível para a população; as reuniões com moradores e uma maior atenção institucional sobre os problemas locais coincidiram com a possibilidade de criar uma carreira de bairro, substituir a rede de abastecimento de água, e demolir grandes edifícios devolutos (como a piscina ou a escola), primeiro passo antes da construção de um pavilhão municipal, melhorias todas elas há muito reivindicadas pela população local, que nas reuniões sobre a implementação do programa de consumo nunca aceitou discutir apenas os consumos.

Ambas as experiências de implementação, móvel e fixa, valorizaram muito a relação com os bairros e os seus moradores, tanto na definição de aspetos operacionais do programa, como em todo o trabalho feito fora de portas para divulgar os programas ou fazer operações de limpeza e recolha de material de consumo deixado em espaços públicos, em contacto diário com moradores e com envolvimento dos próprios consumidores. Na Quinta do Loureiro foi constituída uma equipa comunitária, associada ao programa fixo, que começou a sua intervenção ainda antes da abertura, recolhendo resíduos e dando a conhecer o programa a moradores e consumidores, e assegurando já alguns serviços (drop-in e balneários), o que permitiu um começo progressivo e tranquilo. No programa móvel, com a criação de uma bolsa de pares no segundo ano de implementação, e aberta a possibilidade dos utentes do programa colaborarem de forma regular e remunerada em diversas atividades do programa, intensificou-se a intervenção nos bairros onde o programa intervém, com ações de limpeza e manutenção dos espaços de consumo a céu aberto. Na Quinta do Loureiro, este pensamento estruturado sobre as necessidades do bairro esteve também na origem da intervenção de prevenção e capacitação

de pais e professores realizada pela equipa da DICAD/ARSLVT em projetos com crianças e jovens (Programa Escolhas), reforçando a ideia de que a intervenção das equipas que trabalham na área dos comportamentos aditivos e dependências num bairro de consumo/tráfico deve ser multidimensional, não se limitando à área da redução de danos. Por último, foi também muito importante que no decurso destes processos tenha havido uma articulação cuidada com a comunicação social, dando tempo às equipas, consumidores e moradores de conhecerem e de se apropriarem da resposta. Há muito que estão enunciados, em mais de 30 anos de experiência europeia, os objetivos das salas de consumo e que passam pela criação de um ambiente mais seguro para a realização do consumo, atração de consumidores em maior risco, redução das consequências imediatas associadas à morbilidade e mortalidade, promoção do acesso a outros serviços de saúde, e diminuição dos impactos do consumo em espaços públicos e nas comunidades envolventes. São objetivos que aliam a saúde pública à segurança das comunidades. Não obstante, as experiências de implementação são muito mais ricas do que o cumprimento estrito destes objetivos e trazem à luz múltiplas possibilidades e reflexões. Há alguns aspetos que gostaríamos de realçar. O primeiro é o contributo que as salas podem ter na aproximação entre vários elementos que habitam a mesma comunidade, o mesmo bairro, e que, muitas vezes, por processos de marginalização, estigma e isolamento, estavam desligados e raramente haviam ensaiado uma aproximação. Temos visto que as salas podem ser o motor de alguma aproximação, solidariedade e até identificação, sobretudo quando há experiência de pobreza nessas comunidades. Assim, é frequente vermos moradores virem conhecer os programas e as suas equipas, e a quererem ativamente contribuir com donativos ou outras formas de entreajuda.

Também não é infrequente que os consumidores sejam olhados de forma mais empática pelos bairros depois da implementação das salas, e que a necessidade de intervenção e mediação das equipas seja reconhecida e muito menos controversa do que seria de esperar. Outro dos aspetos que nos trouxe alguma surpresa, e que nos é dado pela imensa procura dos consumidores por via fumada, é que a motivação para consumir numa sala vai muito além dos motivos óbvios de segurança, higiene e privacidade. A vontade de evitar a violência de rua, a procura por um ambiente calmo e acolhedor, a valorização de experiências de socialização e afeto, com pares e profissionais, sobrepõe-se muitas vezes às razões da saúde pública. Assim, as salas podem

ter um efeito empoderador e de redução do estigma associado ao uso de drogas, proporcionando ferramentas para uma melhor gestão dos consumos e das práticas de risco. Um outro aspeto que queremos realçar é que quase sempre nas experiências de implementação, se forem privilegiadas abordagens participativas e houver abertura para a mudança, as equipas podem realmente encontrar pequenas soluções com inovação e criatividade que podem fazer toda a diferença na criação de um ambiente favorável à intervenção. Falamos, referindo exemplos concretos, de arranjar solução para um consumidor que vem com o seu cão, de um jardim que alguém quer cuidar ou de uma música que é tão importante ouvir naquele momento. Por fim, gostaríamos de dizer que alguns dos esforços dos primeiros tempos de implementação não devem ser abandonados e um deles é o constante investimento na comunidade e nos bairros onde se localizam os programas, tendo sempre noção que a intervenção fora de portas é igualmente importante (e implica recursos), seja no constante contacto com os moradores e as suas expectativas, seja com

os consumidores que, sempre em maior risco, ainda consomem fora de um espaço mais seguro.

REFERENCIAS

- Belackova, V. & Salmon, A.M. (2017). Overview of International Literature. Supervised injecting facilities & drug consumption rooms - issue 1. Sydney: Uniting Medically Supervised Injecting Centre.
- Csete, J. & Grob, P.J. (2011). Switzerland, HIV and the power of pragmatism: lessons for drug policy development. *International Journal of Drug Policy*, 23, 82–6.
- Curado, A. et al. (2020). Programa de Consumo Vigiado Móvel em Lisboa: resultados do primeiro ano de implementação. Poster. 12ª Jornadas de Atualização em Doenças Infeciosas do Hospital Curry Cabral. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/349662487_Programa_de_Consumo_Vigiado_Movel_em_Lisboa_resultados_d_o_primeiro_ano_de_implementacao
- DICAD/ARSLVT (2015). PORI – Plano Operacional de Respostas Integradas. Resumo do diagnóstico do território: concelho de Lisboa. Disponível em http://www.sicad.pt/BK/Intervencao/Programas/PORI/Lists/SICAD_DOCUMENTOS/Attachments/18/PORI_Resumo%20Diagn%C3%B3sticoTerrit%C3%B3rio%20Concelho%20de%20Lisboa%20_2015.pdf

